



Turvaistava hoitomenetelmä Lastenkoti Nummisten Eemelissä

Sosiaalialan koulutusohjelma,
Sosionomi
Opinnäytetyö
29.10.2010

Heli Kallio
Eija Laurila
Jari Kortsalo

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Sosiaalialan koulutusohjelma		Sosionomi	
Tekijä/Tekijät			
Heli Kallio, Eija Laurila ja Jari Kortsalo			
Työn nimi			
Turvaistava hoitomenetelmä Lastenkoti Nummisten Eemelissä			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Syksy 2010	43 + 6 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme tavoitteena oli kerätä Lastenkoti Nummisten Eemelin hoitajien kokemuksia turvaistavasta hoitomenetelmästä. Turvaistava hoitomenetelmä on ajatusmalli, joka on kokonaisvaltaista, tietoista ja päämäärähakuista. Tarkastelimme työssämme turvaistavaa hoitomenetelmää integritaatioteorian ja kiintymyssuhdeteorian kautta. Kutsumme tässä työssä lastenkodin työntekijöitä hoitajiksi.</p> <p>Opinnäytetyömme oli kvalitatiivinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastatteluja, jotka toteutimme parihaastatteluina. Haastatteluun osallistui seitsemän hoitajaa, yksi haastateltava ei päässyt paikalle. Lähetimme vielä tarkentavan lisäkysymyksen haastatteluissa olleille hoitajille. Aineiston analysoimme teemoittelemalla ja tyypittelemällä sen mahdollisimman yleiseksi tyyppiä.</p> <p>Opinnäytetyömme aineistosta kävi ilmi, että turvaistavan hoitomenetelmän keskeisimmät elementit olivat aikuisjohtoisuus, syyturvaistaminen, kosketus ja fyysinen läheisyys. Hoitajat kokivat lasten hyötyvän turvaistavasta hoitomenetelmästä. Kaikki olivat yksimielisiä sen positiivisista vaikutuksista lasten kehitykseen, ja lasten koettiin rauhoittuneen.</p> <p>Tulosten perusteella voimme päätellä, että turvaistava hoitomenetelmä on toimiva menetelmä sijaishuollossa asuvien lasten hoidossa. Kun aikuinen ajattelee turvaistavan hoitomenetelmän mukaisesti, hän ymmärtää levottoman, häiritsevästi käyttäytyvän lapsen tarvitsevan turvallista aikuista.</p>			
Avainsanat			
aikuisjohtoisuus, fyysinen läheisyys, kosketus, syyturvaistaminen, turvaistaminen			

Degree Programme in		Degree
Social Services		Bachelor of Social Services
Author/Authors		
Eija Laurila, Heli Kallio and Jari Kortsalo		
Title		
The Method of Securing Treatment at the Children's Home Nummisten Eemeli		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	29 October 2010	43+6 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>This study was ordered by the children's home Nummisten Eemeli. The objective of this study was to explore what kinds of experiences children's home staff had of the use of the method of securing treatment. The method is goal oriented and the way of thinking is very conscious and comprehensive. We applied integration and attachment theories to examine the method of securing treatment.</p> <p>The study was conducted using qualitative study methods to collect data for analysis. The data was collected using theme interviews in pairs. We interviewed seven children's home employees. We sent a questionnaire to obtain more information to those who took part in our interview. The material was categorized by using types.</p> <p>The results showed that the securing methods consisted of adult - led care, lap securing, secure touch and physical closeness. The employees felt that children had benefited from this method. Everybody shared the opinion that it had also a big role in the children's development. Furthermore, they felt that the children had been calming down.</p> <p>As a conclusion we can say that the method of securing treatment is a very effective method for working with children at a children's home. According to this method, an adult is aware that a restless and aggressively behaving child needs an adult to feel secure. It would be interesting to know about children's experiences of this method.</p>		
Keywords		
securing, adult- led care, lap securing, secure touch, physical closeness		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LASTENSUOJELU	3
2.1 Lastensuojelulaki	3
2.2 Lastensuojelu laitoksessa.....	5
2.3 Yksityinen lastenkoti.....	5
3 LASTENKOTI NUMMISTEN EEMELI	6
4 INTEGRITAATIOTEORIA.....	8
4.1 Integraatio ja turvaistuminen	9
4.2 Digressio ja turvaistumistarve	11
4.3 Turvaistumisen taustalla oleva rauhoittumisjärjestelmä	12
4.4 Kiintymyssuhdeteoria ja turvallisuus	14
5 TURVAISTAVA HOITOMALLI	16
5.1 Turvaistava hoitomalli.....	16
5.2 Turvaistava hoitomenetelmä Lastenkoti Nummisten Eemelissä	17
5.3 Syliturvaistaminen verrattuna kiinnipitoon ja holdingiin.....	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
6.1 Tutkimusongelma.....	21
6.2 Menetelmälliset lähtökohdat.....	22
6.3 Tutkimusaineisto ja sen hankinta	23
6.4 Aineiston analyysi.....	24
7 TULOKSET	26
7.1 Aikuisjohtoisuus.....	26
7.2 Syliturvaistaminen.....	28
7.3 Kosketus ja fyysinen läheisyys	29
7.4 Turvaistavan hoitomenetelmän hyödyt	31
7.5 Kehitystarpeita	32
7.6 Muita esille nousseita ajatuksia turvaistavasta hoitomenetelmästä	33
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	35
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
10 POHDINTA.....	38
LÄHTEET	41

LIITTEET 1-6

1 JOHDANTO

Stakesin (2009) julkaisemien tilastojen mukaan 20 % kouluikäisistä lapsista kärsii kehityksellisistä, tunne- elämän tai käyttäytymisen ongelmista ja runsaalla kymmenellä prosentilla lapsista ja nuorista on mielenterveyden häiriö. Psykiatriset häiriöt ja mielenterveyden ongelmat ovatkin huomattavia kansanterveydellisiä ongelmia. (Stakes 2009, CAMHEE.) Olemme työssämme lastensuojelussa ja päivähoidossa huomanneet saman asian. Keinot, joilla näitä lapsia voidaan auttaa, ovat tällä hetkellä rajalliset. Tämän vuoksi uusia työtapoja tarvitaan koko ajan.

Turvaistava hoito on vähän tunnettu, mutta uusi ja kiinnostava menetelmä. Halusimme selvittää löytäisimmekö menetelmästä uusia lähestymistapoja ja keinoja kohdata muun muassa tunne-elämältään häiriintyneitä lapsia ja nuoria. Opinnäytetyömme käsittelee turvaistavaa hoitoa, joka on luotu integritaatioteorian pohjalta. Sen on kehittänyt Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian ylilääkäri Antero Langinauer. Hän on käyttänyt turvaistavaa hoitomallia noin kymmenen vuotta Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian yksikössä. Viitekehys on valmis ja yksi seurantatutkimus tehty, mutta integritaatioteoriasta ei ole käyty virallista akateemista keskustelua. Integritaatioteoria on siis pioneerityötä ja käsitteitä ollaan vasta luomassa. Opinnäytetyössä mainitsemme lisäksi kiintymyssuhdeteorian, joka tukee integritaatioteorian mukaista turvaistumiskäsitettä ja turvallisuutta.

Lastenkoti Nummisten Eemelissä on käytössä turvaistava hoitomenetelmä. Kun yksi opinnäytetyön tekijöistä alkoi tehdä sijaisuuksia siellä, aihe opinnäytetyöstä alkoi muodostua. Lastenkodin perustamisesta oli keväällä 2010 kulunut vuosi ja lastenkodin johto oli kiinnostunut teettämään tutkimusta siitä, mitä henkilökunta ajattelee turvaistavasta hoitomenetelmästä. Ilmaisimme kiinnostuksemme aiheita kohtaan ja saimme johdolta tilauksen opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimuskysymykseksi opinnäytetyöhömmme muodotui: Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on turvaistavasta hoitomenetelmästä Lastenkoti Nummisten Eemelissä?

Syliturvaistaminen on yksi turvaistavan hoitomenetelmän keskeinen käytäntö. Tämän vuoksi olemme nostaneet sen muita turvaistavia menetelmiä enemmän esille. Olemme

myös vertailleet sitä Martha Welchin kehittämään holding- menetelmään ja laitoshuollossa käytössä olevaan kiinnipitoon.

Teimme kvalitatiivisen opinnäytetyömme työntekijöiden näkökulmasta. He ovat vapaasti saaneet kertoa ajatuksistaan turvaistavasta hoitomenetelmästä laatimiemme teemojen pohjalta. Tekstissä käytämme työntekijöistä nimitystä hoitaja. Aineiston olemme keränneet teemahaastattelumenetelmällä ja analysoineet tyypittelemällä siitä mahdollisimman yleisen tyypin.

2 LASTENSUOJELU

Lastensuojelun päätavoite on poistaa esteitä lapsen kehityksen tieltä ja vastata lapsen tarpeisiin. Huostaanoton perusteena voi olla kaksi syytä. Huostaanottoon voi johtaa lapsen kasvuoloihin tai huolenpitoon liittyvät vakavat puutteet, jotka vaarantavat lapsen kehitystä tai terveyttä. Huostaanoton syynä voi olla myös se, että lapsi itse käyttöksellään vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään. (Saastamoinen 2010: 23.)

Lastensuojelun avohuollon asiakkaiden kokonaismäärä kasvoi vuonna 2008. Asiakasmäärissä oli nousua lähes kahdeksan prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2008 lastensuojelun sosiaalityön asiakkaana ja avohuollollisten tukitoimien piirissä oli yhteensä yli 67 000 lasta ja nuorta. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli samana vuonna kaiken kaikkiaan yli 16 000 lasta ja nuorta, mikä oli kolme prosenttia enemmän kuin vuonna 2007. Sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on viime aikoina kasvanut 2 - 5 % vuosivauhtia. Kodin ulkopuolelle sijoitetuissa on enemmän poikia kuin tyttöjä. (Stakes 2009.)

Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista yli 11 000 oli huostaanotettuina tai kiireellisesti sijoitettuina. Huostaanotto on alkanut useimmiten kiireellisenä sijoituksena. Uusista huostaanotoista oli kiireellisten sijoitusten osuus kolme neljäsosaa. Huostassa olevista lapsista viidesosa oli tahdonvastaisesti huostaan otettuna. (Stakes 2009.)

2.1 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulain mukaan lapsella on oikeus erityiseen suojeluun, turvalliseen kasvu-ympäristöön ja tasapainoiseen, monipuoliseen kehitykseen (Lastensuojelulaki 2007: 1 §). Lastensuojelu koskee kaikkia kansalaisia ja sen avulla pyritään turvaamaan lapselle oikeudet, jotka perustuvat lapsen kansainvälisesti tunnustettuihin oikeuksiin ja sopimuksiin. Keinoina ovat lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun toteuttaminen, kasvatus- ta tukevien palvelujen kehittäminen ja muu lasten hyvinvoinnin edistäminen. (Taskinen

2007: 10.) Lasten hyvinvointi pyritään takaamaan myös kunnan järjestämällä ennaltaehkäisevällä lastensuojelutyöllä. (Lastensuojelulaki 2007: 3 §.)

Kaikki toimet lastensuojelussa tulee toteuttaa lainmukaisesti ja lapsen kehitystä edistävästi. Uuden, vuonna 2007 voimaan tulleen, lastensuojelulain myötä lapsen mielipide pyritään saamaan entistä paremmin kuuluviin, mutta myös vanhemman näkökulma on tärkeä. Toimenpiteet pyritään toteuttamaan yhteisymmärryksessä kaikkien osapuolten kesken. (Taskinen 2007: 21.)

Lastensuojelu lähtee periaatteesta, jossa lapsen etu on aina etusijalla. Kasvatuksen tulee edistää lapsen kehitystä ja kasvua. Kasvatusvastuu on ensisijaisesti vanhemmilla ja sitä tulee kunnioittaa. Jos lapsesta ei pidetä riittävää huolta tai lapsi omalla käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään, lastensuojeluviranomaisten on puututtava tilanteeseen. Läheinen yhteistyösuhde lapsen huoltajien ja muiden läheisten kanssa tulee säilyttää ja eheyttävä toiminta perheen omassa kodissa avohuollon tukitoimenpitein on ensisijainen työmuoto. (Taskinen 2007: 14-16.)

Lapsen etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että lapselle turvataan tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi. Lapselle tulee turvata myös läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet, kehitystason mukainen valvonta ja huolenpito, mahdollisuus hellyyteen ja ymmärrykseen, itsenäistyminen ja kasvaminen vastuullisuuteen, taipumuksia ja toivomuksia vastaava koulutus, henkinen ja ruumiillinen koskemattomuus ja turvallinen kasvuympäristö. Lapsen kielellinen, uskonnollinen ja kulttuurinen tausta on huomioitava. Lapsella tulee olla lisäksi mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihinsa. (Lastensuojelulaki 2007: 4 §.)

Lastensuojelulaitokset toimivat lastensuojelulain ja muiden lakien alaisuudessa. Lait ohjaavat laitoshuollon tavoitteita. Jos lapsen huoltaja ei pysty takaamaan lapselleen lain edellyttämää hyvinvointia, lapsi sijoitetaan laitokseen. Laitoshuollolla pyritään turvaamaan lapsen oikeudet ja hyvinvointi. Sijoituksen tavoitteena on yleensä perheen uudelleen yhteen saattaminen, mikä ei kuitenkaan aina ole mahdollista. (Taskinen 2007: 14-15.)

2.2 Lastensuojelu laitoksessa

Laitoshuoltoa järjestetään lastensuojelulaitoksissa. Tällaisia laitoksia ovat esimerkiksi koulukodit ja lastenkodit. Ne tarjoavat lapsen sijaishuoltoa tai lapsi voidaan sijoittaa niihin avohuollon tukitoimina. Laitoshuolto järjestetään lain mukaisin keinoin lapsen yksityisyyttä kunnioittaen. Toimitilojen ja toimintavälineiden on oltava riittävät ja asianmukaiset. (Lastensuojelulaki 2007: 57 §- 58 §.)

Laitoshuollon aikana lapset asuvat lastensuojelulaitoksessa ja käyvät kotonaan sovituilla lomilla. Laitoksissa lasten arki on suunniteltu toimivaksi ottamalla huomioon lasten erityistarpeet ja voimavarat. Lapsen lähimpiä yhteistyökumppaneita ovat sijoituksen aikana omahoitajat ja sosiaalityöntekijät. Myös perheeseen ollaan tiiviisti yhteydessä ja sijoituksen sisältöä ja tavoitteita määritellään yhdessä, kaikkien osapuolten mielipiteet huomioonottaen.

2.3 Yksityinen lastenkoti

Yksityiset lastensuojelulaitokset määritellään usein pieniksi yrityksiksi, koska niiden palveluksessa on vähemmän kuin 50 työntekijää ja laitosten liikevaihto on alle 10 miljoonaa euroa (Työvoima- ja elinkeinokeskus 2007: 154). Yksityisissä lastensuojelulaitoksissa sovelletaan lakia yksityisten sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Laissa määritellään henkilöstön kelpoisuusvaatimukset ja lukumäärä, jonka tulee olla riittävä hoidettavien lukumäärään nähden. Laissa määritellään myös sopivat toimitilat kasvatukselle, hoidolle ja muulle huolenpidolle. Luvan yksityisen lastensuojelulaitoksen perustamiselle antaa aluehallintovirasto, joka myös valvoo toimintaa. Ympäri vuorokautiseen toimintaan on haettava erillinen lupa. Toimintayksikölle asetetuista vaatimuksista vastaa yksikön sille määräämä henkilö. (Lastensuojelulaki 2009: 80 §.)

3 LASTENKOTI NUMMISTEN EEMELI

Lastenkoti Nummisten Eemeli on yksityinen, ympärivuorokautinen lastenkoti Mäntsälän kunnan Nummisten kylässä. Kiinteistö on oma ja remontoitu lasten tarpeet huomioiden ottaen ja siellä on pyritty kodinomaisuuteen. (Perehdytyskansio; Leijala - Puolanne 2010.) Jatkossa käytämme lastenkodista nimitystä Eemeli.

Lähtökohtana Eemelin perustamiseen on ollut psykiatrisen sairaanhoitaja ja perheterapeutti Anssi Puolanteen visio lastenkodista, jossa yhdistyisivät psykiatrian ja lastensuojelun palvelut ja jossa pitkäaikaiset ihmissuhteet olisivat tärkeitä. Lastenkodin toimitusjohtaja Puolanne, psykiatrinen sairaanhoitaja ja perheterapeutti Pasi Harimaa sekä psykologi Ari Leinonen kehittivät ideaa, jolloin Lastenkoti Nummisten Eemeli sai alkunsa. Toiminta aloitettiin keväällä 2009. (Leijala - Puolanne 2010.)

Eemeli on lastensuojelun erityisosaamisen yksikkö, jossa on terapeutista ja psykiatrista osaamista. Yksikössä on seitsemän paikkaa pitkäaikaista sijoitusta tarvitseville lapsille. Mahdollisuus on myös lyhyempään kriisi- tai selvittelyjaksoon. Tällä hetkellä lastenkodin lapset ovat 3- 11- vuotiaita. Lastenkotiin on tarkoituksella valittu alle murrosikäisiä psyykkisesti oireilevia ja turvattomia lapsia. Tämä mahdollistaa paremmin lastenkodin turvaistavan hoitomenetelmän toteuttamisen. (Leijala - Puolanne 2010.)

Eemelin toimintaa ohjaavina arvoina ovat turvallisuus, aikuisjohtoisuus, välittäminen, yksilöllisyys, kodinomaisuus ja vahva ammatillisuus. Toiminnan perustana ovat lisäksi vastuuhoidajuus, omahoitajuus, perhekeskeisyys, toiminnallisuus ja yhteisöllisyys. Toimintaa Eemelissä ohjaavat lastensuojelulain säännökset ja laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta. Lasten kasvatus ja hoito järjestetään siten, mitä lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain 1 §:ssä säädetään. Kasvatuksessa noudatetaan lastensuojelulain 4 §:n keskeisiä periaatteita. (Perehdytyskansio.)

Omahoitajuus on Eemelissä tärkeä menetelmä. Jokaiselle lapselle nimetään omahoitaja ja omahoitajalle työpari. (Perehdytyskansio.) Omahoitajamenetelmällä tarkoitetaan las-

tenkodissa asuvan lapsen tai nuoren henkilökohtaista kasvattamista ja hoitoa. Omahoitajuus on suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintaa, jossa omahoitaja työskentelee tiiviisti koko työryhmän ja yhteistyöverkoston kanssa. Vaikka koko työryhmä osallistuu lapsen tai nuoren kasvatustyöhön, on omahoitajan suhde lapseen tiiviimpi. Tehtäessä korjaavaa hoito- ja kasvatustyötä laitoksessa luo omahoitaja lapseen tai nuoreen omahoitajasuhteen, joka on vastavuoroinen ja henkilökohtainen tunneside. Tällöin aikuinen toimii samaistumisen kohteena lapselle tai nuorelle. Kiintymyssuhteen luominen auttaa lasta tai nuorta kiinnittymään omahoitajaan, joka taas on tärkeä tuki lapsen tai nuoren erilaisissa kehitysvaiheissa hänen käyttäessään aikuista kasvun ja voiman lähteenä. (Kyrönseppä - Rautiainen 1993: 101-102.) Työvuorojen alussa, aamulla ja iltapäivällä, määritellään jokaiselle lapselle vastuuhoitaja. Tällä tarkoitetaan sitä, että lapsi saa tietää sen aikuisen, joka hänestä on vastuussa työvuoron aikana. Ensisijaisesti pyritään siihen, että omahoitaja toimisi vastuuhoitajana omahoidettavalleen. (Leijala - Puolanne 2010.)

Työntekijöitä Eemelissä on yksitoista. Työvuoroissa on kolme hoitajaa aamu- ja iltavuoroissa. Yövuorossa on yksi hoitaja. Mahdollisten lasten intensiivihoidojaksojen aikana henkilökuntaa lisätään vuoroihin. Työryhmään kuuluu myös lastenpsykiatrian erikoislääkäri, lastenlääkäri ja psykologi. (Leijala - Puolanne 2010.)

Intensiivihoidoa käytetään tilanteissa, joissa lapsi ei kykene toimimaan yhteisön vaatimalla tavalla esimerkiksi lapsen sijoituksen alkaessa. Intensiivihoido on tarkoin suunniteltua ja raportoitua hoitoa lapsen akuutin tilanteen parantamiseksi. Intensiivihoidon aikana on tarkoitus katkaista käytös, jolla lapsi vahingoittaa itseään, ympäristöään tai muita. Tällaista kokonaisvaltaista huolenpitoa annettaessa lapsi on laitoksen tiloissa. Esimerkiksi ulkoilu on luvanvaraista ja tapahtuu henkilökunnan välittömässä valvonnassa. (Sosiaaliportti 2008.)

Lastensuojelulaissa (30 §) lastensuojelun asiakkaille laki velvoittaa tekemään asiakassuunnitelman. Tarvittaessa tehdään erillinen hoito- ja kasvatussuunnitelma, joka Eemelissä on nimeltään henkilökohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Sen tarkoituksena on lapsen kasvun ja kuntoutuksen tavoitteellinen ja suunnitelmallinen tukeminen. Sen avulla arvioidaan ja seurataan lapsen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman avulla voidaan määritellä hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet. Hoito- ja kasvatussuunnitelma on muun muassa omahoitajan tärkeä työväline. (Perehdytyskansio.)

Eemelissä toteutetaan sijoitetun lapsen kokonaisvaltaista hoitoa, kasvatusta ja kuntoutusta. Hoitomenetelmänä on Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian ylilääkäri Antero Langinauerin kehittämä turvaistava hoito, jota yhdessä henkilökunnan kanssa sovelletaan lastenkotiin sijoitettujen lasten tarpeita vastaavaksi. (Perehdytyskansio; Leijala - Puolanne 2010.)

4 INTEGRITAATIOTEORIA

Opinnäytetyömme viitekehystenä toimii Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian ylilääkäri Antero Langinauerin integritaatioteoria, joka on uusi lastenpsykiatrian alalla. Tämä teoreettinen viitekehys pyrkii etsimään selvitysmallia, joka avaisi oireiden tai häiriöiden taustalla olevia kausaaliteetteja eli syitä. (Langinauer 2010.)

Langinauerin (2010) mukaan Suomessa on perinteisesti ollut käytössä kolme eri psykologista viitekehystä, joihin viralliset hoitolinjat pohjautuvat. Ensimmäinen viitekehys on psykoanalyttinen ja siitä laajentunut psykodynaaminen näkemys. Se perustuu Freudin perusajatuksiin psyyken rakenteista ja korostaa ihmisen emotionaalista puolta. Toinen on kognitiivis-behavioristinen viitekehys, jonka mukaan kehityshäiriöiden ajatellaan johtuvan oppimiseen ja opittujen käyttäytymismallien tai reaktioiden ehdollistumisesta (Almqvist 2004: 410). Kolmas viitekehys on humanistinen psykologia. Sen kannattajat näkevät ihmisen kasvatustapahtuman kokemuksellisenä, luovana ja itseohjautuvana sekä korostavat ihmisen omaa vastuuta itsestään (Rauste - von Wright - von Wright - Soini 2003: 198-200).

Langinauerin (2010) kokemuksen mukaan edellä mainituista viitekehyksistä ei ole löytynyt selitystä siihen, mistä sairaus, häiriöt tai oireet johtuvat. Hänen mukaansa turvallisuuskokemus on kaiken psykofyysisen kasvun ja kehityksen perusta. Langinauer käyttää puuvertausta havainnollistaakseen ajatuksiaan. Vertauksen oletus on, että puun juuritasolla asiat on oltava kunnossa, jotta taimesta voi kasvaa puu. Turvallisuuskysymys on juuritasolla. Jos se on kunnossa, puu kasvaa ja tuottaa aikanaan hedelmiä: tunteet, tahtotilat ja tieto-aidot. Langinauer on todennut, että perinteisesti käytössä olevissa teorioissa viitekehys ikään kuin fokusoi valmiisiin hedelmiin, jolloin toimenpiteet häi-

riötilanteissa kohdistetaan jo olemassa oleviin ominaisuuksiin. Integraatioteoria puolestaan lähtee ajatuksesta, että oireet helpottavat hoitamalla perusta kuntoon eli turvaistamalla ihminen (kuvio 1). Tämä on hänen mielestään integraation ero aikaisempiin viitekehyksiin nähden. (Langinauer 2010.)

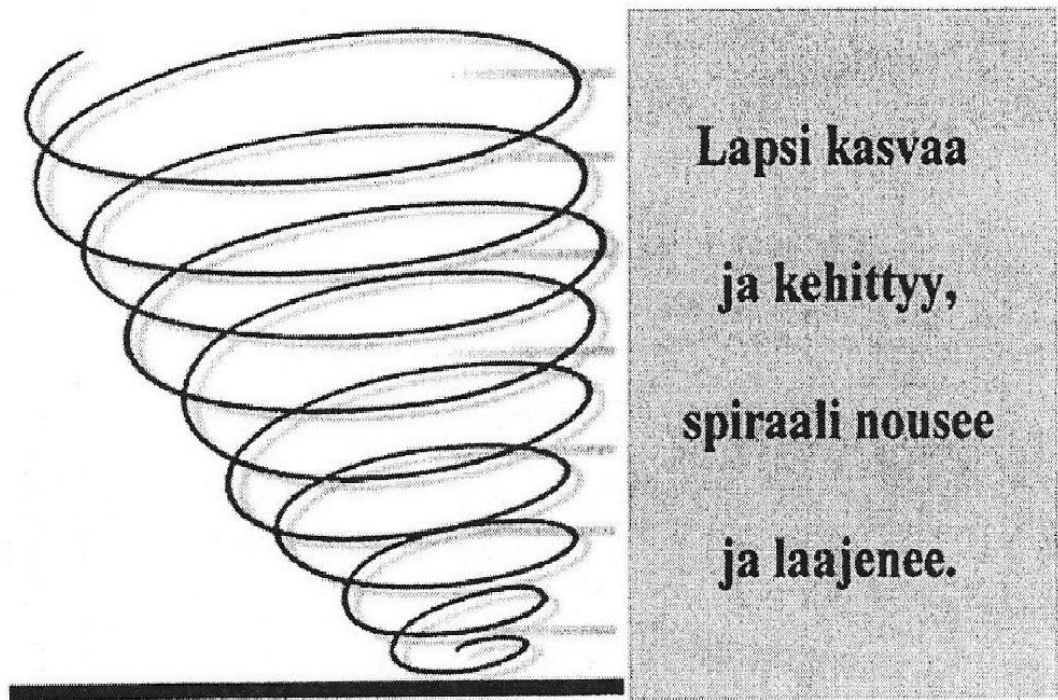


KUVIO 1. Turvallisuuden kokemuksen kokonaisvaltainen vaikutus lapsuuden ”elämänpuuhun” ja sen kypsyviin hedelmiin (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008).

4.1 Integraatio ja turvaistuminen

Langinauerin mukaan integraatio on normaaliin kasvuun ja kehitykseen kuuluva prosessi, jossa lapsen saama aistipohjainen informaatio yhdistyy omaan kokemusmaailmaan turvaistumisperiaatteen pohjalta. Kasvu ja kehitys ovat jatkuvaa muutosta ja liikettä. Ne vievät lasta yhä koostuneempaan ja eheytyneempään tilaan eli lapsi integroituu psykofyysiseksi kokonaisuudeksi yksilön perintötekijöiden ja kumuloituvan elämäkokemuksensa tulona. Tätä Langinauer kuvaa kasvun ja kehityksen spiraalina, joka nousee ja laajenee (kuvio 2). Spiraalin jokaisen kierroksen lähtökohtana on lapsen tur-

vallisuuden kokemus, joka mahdollistaa liikkeen. Tavoitteena on luoda sellaisia tilanteita, jotka lapsi voisi kohdata ilman huolta. Prosessia kuvaavaa tarkastelumallia Langinauer nimittää integritaatioteoriaksi. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 13, 15.)



KUVIO 2. Lapsen kasvua ja kehitystä kuvaava elämän spiraali (Langinauer – Hakuni-Järvinen 2008).

Kun turvallisuuden kokemus häiriintyy, integritaatioteorian mukaan herää aina turvaistumistarve. Kun turvaistumistarve aktivoituu, se menee aina kaikkien muiden tarpeiden tyydyttämisen edelle. Sitä toimintaa, jolla turvallisuuden kokemus saavutetaan, Langinauer kutsuu turvaistumiseksi. Kaikki asiat, tapahtumat ja muutokset, jotka voivat uhata turvallisuuden kokemusta, voivat pysäyttää normaalin kasvun ja kehityksen. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14.)

4.2 Digressio ja turvaistumistarve

Uusien haasteiden kohtaaminen voi olla lapselle ajoittain liian vaativaa, minkä vuoksi siitä voi muodostua kehityksellinen uhkatekijä. Jokaisella lapsella on myös yksilölliset perintötekijänsä ja omat elämäkokemuksensa, jotka vaikuttavat tapaan reagoida muutostekijöihin ja stressiin. Stressireaktio auttaa ihmiskehoa haasteiden vastaanottamisessa ja antaa positiivisen stressireaktion eli eustressin muodossa lapselle voimaa uhkatekijöistä selviytymiseen. Jos tilanne käy lapselle liian uhkaavaksi, aktivoituu puolestaan negatiivinen stressireaktio ja siitä seuraava turvaistumistarve. Tällöin lapsi yrittää erilaisten selviytymiskeinojen avulla poistaa vaaran kokemuspöörästään. Mikäli se ei onnistu, on mahdollista, että lapsi ajautuu turvattomuuden kaaokseen eli digressioon. Integritaatioteorian mukaan se on tila, jossa lapsi joutuu umpikujaan, kun hänen omat selviytymiskeinonsa ovat riittämättömät. Tämä voi ilmetä lapsella esimerkiksi kiukku- tai rai-vokohtauksena tai vetäytymisenä omaan maailmaansa. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14, 16-17.)

Digressio on integritaation kannalta tärkeä tila, sillä siitä seuraavat kokemukset ja tapahtumat vaikuttavat lapsen kehityksen kulkuun. Jokainen lapsi kokee varhaiselämänsä aikana digressiotilanteita, mutta ratkaisevaa on, miten lapsi selviytyy tästä turvattomuuden kaaoksesta. Lapsi ei saisi jäädä yksin eli turvaistua itsenvaraisesti, vaan hän tarvitsee aikuisen avun, äidiltä tai häntä hoitavalta aikuiselta. Lapsen tulee saada kokemus siitä, että aikuinen ottaa vastuun ja antaa keinot tilanteesta selviytymiseen. Silloin on kyseessä toisenvarainen turvaistuminen. Mitä pienempi lapsi on kyseessä, sitä tärkeämpää toisenvarainen turvaistuminen on. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14, 18.)

Jos lapsi jää turvattomuuden kaaoksessa yksin, itsensä varaan, hän alkaa käyttäytyä joko aggressiivisen tai regressiivisen käyttäytymismallin pohjalta. Aggressiivisen käyttäytymismallin mukaista turvaistumismallia Langinauer sanoo subjektoituneeksi turvaistumismalliksi, jossa lapsi on subjekti, hallitsevan omaehtoinen toimija ja itsenvaraisesti turvaistuva. Hän on usein ärtyisä, aggressiivinen ja levoton. Lapsi on joutunut pärjäämään ja kantamaan vastuun itsestään yksin. Toista itsenvaraista turvaistumismallia Langinauer kutsuu objektoituneeksi turvaistumismalliksi. Tässä mallissa lapsi on objekti ja kokee muilta saamansa turvan niin hallitsevaksi, että hän passivoituu ja käyttäytyy

regressiivisesti. Tämän turvaistumismallin pohja rakentuu varhaisemmassa lapsuuden vaiheessa kuin subjektoituneen turvaistumismallin. Lapsen tapa turvaistua tulee näkyviin kaikenlaisissa tilanteissa lapsen arjessa. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 20.)

Molemmissa edellä mainituissa tapauksissa turvaistumistarve on jäänyt tyydyttämättä, mikä johtaa kuvatuunlaisiin oireisiin ja käyttäytymiseen. Integritaatioteorian mukaan tällaiset lapset kokevat olevansa itse vastuussa omasta selviämistään, vaikka siinä tehtävässä lapsi ei voi Langinauerin mukaan yksin onnistua. Siitä seuraa jatkuva psykofyysinen ahdistustila, stressireaktio. Pitkään jatkuessaan tällainen ahdistustila voi aiheuttaa masennusta, toivottomuuden tunnetta ja myös erilaisia somaattisia oireita. Se estää myös lapsen tietojen ja taitojen täysipainoista kehittymistä ja kypsymistä. (Langinauer 21.)

Kun lapsi pienestä pitäen saa enimmäkseen kokemuksia siitä, että on olemassa joku, joka pitää huolta, ottaa syliin ja huolehtii lapsen tarpeiden tyydyttämisestä, hänen omat selviytymiskeinonsa pääsevät kypsymään ja kehittymään. Yleensä tämä henkilö on äiti tai isä. Lapsella on nyt kokemus, ettei hän ole yksin, jos omat keinot selviytyä eivät riitä. Lisäksi hän tietää, että voi tarvittaessa pyytää apua toisilta. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14-15.)

Itsenvaraisen ja toisenvaraisen turvaistumismallin yhdistyminen saa aikaan omavaraisen turvaistumisen, minkä avulla lapsi selviytyy erilaisista elämäntilanteista. Tämä kokonaisvaltainen kokemus on kaiken perusluottamuksen ja -turvallisuuden synnyn perustana sekä empatiatunteen kehittymisen edellytyksenä. (Langinauer 2009.)

4.3 Turvaistumisen taustalla oleva rauhoittumisjärjestelmä

Vuosikymmenten ajan lääketieteessä on käytetty paljon aikaa ja rahaa nimenomaan stressin ja rasituksen fysiologian kuvaamiseen. Eliön selviytyminen stressiä aiheuttavasta tilanteesta kuvataan useimmiten taistelu-pakoreaktiolla. Kuten muutkin nisäkkäät, myös ihminen voi vaaran uhatessa joko paeta tai taistella. Toisaalta hän kykenee myös rentoutumaan, nauttimaan elämän hyvistä asioista ja parantumaan. Kehossamme on rauhoittumisjärjestelmä, joka koostuu välittäjäaineista ja hormoneista. Taistelulla ja

paolla on siten olemassa vastakohta biokemiallisessa järjestelmässä, mutta tästä rauhoittumisjärjestelmästä on vielä kovin vähän tutkittua tietoa. (Uvnäs Moberg 2007: 13-15.)

Turvaistuminen rakentuu lapsen varhaiselle hyvälle kokemukselle läheisyydestä, lämmöstä ja kosketuksesta. Syli on luonnollinen paikka turvaistaa lapsi. Tieteellisesti on alettu tutkia, mitä ihmiskehossa tapahtuu lapsen istuessa äidin sylissä ja hellässä kosketuksessa. Langinauer puhuu tutkimuksessaan rauhoittumisjärjestelmästä eli hermojen ja hormonien muodostamasta mallista, jonka keskeisenä tekijänä on oksitosiinihormoni. Langinauer käyttää oksitosiinista nimitystä turvaistumishormoni. Turvaistava toiminta eli läheisyys, kosketus ja syli lisäävät lapsen oman kehon oksitosiinin eritystä ja määrää. Samalla se tukee myös lapsen oman rauhoittumisjärjestelmän rakentumista. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 18-19.)

Oksitosiini on aiemmin tunnettu synnytys- ja imetyshormonina, mutta sillä on myös sekä hormonaalisia että välittäjäainevaikutuksia monissa kehon kasvuun ja kehitykseen liittyvissä fysiologisissa tapahtumissa. Sen tiedetään esimerkiksi parantavan muistitoimintoja ja oppimista. Oksitosiinin erityksen saa aikaan kosketus, läheisyys, lämpö ja syli. Uudet tutkimukset ovat osoittaneet, että oksitosiinilla on myös mieltä rauhoittavia, koostavia, parantavia ja lääkitseviä vaikutuksia kehossa. (Uvnäs Moberg 2000: 21-22, 83.)

Kerstin Uvnäs Moberg työryhmineen on tutkinut oksitosiinin vaikutuksia erityisesti rotilla, mutta luultavasti useimmat vaikutukset esiintyvät myös ihmisillä. Oksitosiini voi vaikuttaa sekä hermojen välittäjäaineena että hormonina verenkierrossa. Näiden erilaisten toimintatapojensa vuoksi se pystyy saamaan aikaan erilaisia asioita. Tutkimuksissa on huomattu, että pieni määrä oksitosiinia tekee rotat uteliaammiksi ja rohkeammiksi. Sosiaalinen yhteisyys lisääntyy, ja mitä enemmän ollaan lähekkäin, sitä enemmän erittyy oksitosiinia. Tästä syntyy eräänlainen kierre, jota voi kutsua yksilöiden väliseksi siteeksi tai yhteydeksi. Todennäköisesti side vanhempien ja lasten välille syntyy samalla tavalla. On tarpeellista, että yksilö pysyy yhdessä jälkeläisensä kanssa. Synnytyksen jälkeen emo sitoutuu jälkeläiseensä ja on huolehtivainen sitä kohtaan. Syntyy kiintymystä ja yhteyttä. Se puolestaan varmistaa spiraalin lailla, että emon huolehtiminen jälkeläisestä jatkuu edelleen. (Uvnäs Moberg 2007: 79-80, 97-98.)

Rauhoittumisjärjestelmässä puhutaan luottamuksesta ja uteliaisuudesta pelon sijaan ja ystävällisyydestä raivon sijaan. Sillä on yhtä tärkeä merkitys eliön eloonjäämiselle kuin puolustukseen ja rasiin liittyvällä järjestelmällä. Pitkäaikainen hyvinvointi ihmisen elämässä edellyttää tasapainoa rauhoittumisjärjestelmän ja taistelu-pakoreaktion välillä. Rauha ja rauhoittuminen ovat tärkeitä tekijöitä jokaisen ihmisen elämässä. Uvnäs Mobergin mukaan oksitosiinin erittymien saa aikaan rauhoittumisreaktion. Sen vapautumiseen vaikuttavat monenlaiset asiat. Jopa ajatukset, assosiaatiot ja muistikuvat voivat käynnistää rauhoittumisjärjestelmän, mutta kosketus tuntuu olevan yksi voimakkaimista virikkeistä. Ihminen voi hyvin koskettaessaan ja ollessaan lähellä niitä, joista hän pitää. Se tuottaa ihmiselle rentoutta, turvallisuutta ja rauhaa. (Uvnäs Moberg 2007: 14-17, 25, 29, 122.)

Langinauerin mukaan Di Pellegrinon (1992) ja Rizzolattin (1996) löydökset peilisolujärjestelmästä aivorakenteissa ovat avanneet uusia mahdollisuuksia tutkia ihmisen käyttäytymistä ja sen taustalla vaikuttavien hermoverkostojen toimintaa. Peilisolujärjestelmällä on todettu olevan merkitystä ihmisten väliseen kanssakäymiseen, kommunikointiin ja empatiakykyyn sekä kielen ja puheen kehittymiseen. Peilisolut välittävät sellaista tietoa, jota on saatu aikaisemmista tilanteista, mutta joka aktivoituu juuri siinä tilanteessa elämykselliseksi kokemukseksi kuin ihminen kokisi sen juuri sillä hetkellä. Näin peilisolujärjestelmät voidaan virittää vain kokemuksen, esimerkiksi syliturvaistamisen, kautta. Tämä saattaa olla edellytys sille, että ihminen kokee empatiaa toista ihmistä kohtaan. Kun lapsi saa apua toiselta, pystyy hän myös antamaan sitä toiselle. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 19.)

4.4 Kiintymyssuhdeteoria ja turvallisuus

Turvallisuus sinänsä ei ole uusi asia. John Bowlby puhuu kiintymyssuhdeteoriassaan turvallisesta kiintymyssuhteesta pienen lapsen ja hänen äitinsä tai muun läheisen hoitajan välillä (Tamminen 2004: 51). Se viittaa emootioihin, mutta integritaatioteoriassa korostetaan kokemusta, joka on psykofyysinen. Langinauer on sitä mieltä, että tällainen turvallisuus ei synny vakuuttamalla, että kaikki on hyvin. Se lähtee kokemuksesta, jossa joku konkreettisesti on kyennyt auttamaan ja turvaistamaan lapsen. Tämän psykofyysisen kokemuksen kautta kokemus on sisäistynyt, jolloin se alkaa tuottaa integritaatioteorian mukaan tuloksia. (Langinauer 2010).

John Bowlbyn mukaan ihmislapsen varhaiskehitystä säätelee vahvasti turvallisuuden tarve. Lapsella on pyrkimys pysytellä erityisesti potentiaalisesti vaarallisissa tilanteissa mahdollisimman lähellä hoivaavaa aikuista (Langinauer 2009). Lapsen jatkuva inhimillinen suhde aikuiseen luo perustan, jolle turvallisuuden tunne perustuu. Bowlby sanoo, että rakkauden ja turvallisuuden ilmapiirissä lapsi voi kehittyä niin, että hän aikuisena voi toimia tehokkaasti yhteiskunnan jäsenenä. (Bowlby 1957: 80,87.)

On tilanteita, jolloin lapsi joutuu jostain syystä olemaan erossa äidistään ja elämään hänen hoivaansa vailla. Tätä hoivan puutetta voidaan kuitenkin pitää vähemmän vakavana seikkana, jos häntä kuitenkin hoitaa joku muu hoitaja. Tällöinkin lapsi saa tunteen turvallisuudesta. (Bowlby 1957: 10.)

Kiintymyssuhdetutkimuksessa on vauvaiän kehitystehtävien, turvautumisen ja vauvan maailmaan tutustumisen välistä dynamiikkaa analysoitu varsin tarkasti. Alle vuoden ikäisen vauvan turvallisuuden ehtona on hoitajan, yleensä äidin, konkreettinen läsnäolo. Kun äiti on saatavilla, lapsi voi turvallisesti tutustua ympärillään olevaan maailmaan ja uusiin ihmisiin sekä oppia uusia asioita. Hoitajan herkkyyys vastata lapsen välittämiin viesteihin on turvallisen kiintymyssuhteen syntymisen perusta. Lapsen turvallisuuden tunne tulee siitä, että kokiessaan uhkaa hänen turvattomuuteensa vastataan asianmukaisesti. (Punamäki 2001: 181.)

Glaserin mukaan Bowlby (1969, 1988) on sanonut, että lapsen biologinen vaisto pistää lapsen pyrkimään toistuvasti lähemmäksi hoitajaansa siinä uskossa, että tämä vähentäisi hänen turvattomuuden tunnettaan ja palauttaisi lapsen mielen tasapainon. Hoitajan reaktioiden perusteella lapsi rakentaa mieleensä sisäisiä toimintamalleja itsestään ja hoitajas-taan. Nämä mallit ovat lapsen näkemyksiä itsestään ja ennusteita siitä, miten muut tulevat kohtelemaan häntä. (Glaser 2001: 84.)

Psykkisten häiriöiden hoidossa on sovellettu kiintymyssuhdetutkimuksesta saatuja löydöksiä. Osittain tulokset ovat avanneet hyvin uusia näköaloja. Rohkaisevia tuloksia on saatu nimenomaan sieltä, missä perinteiset psykiatriset lähestymistavat eivät ole toimineet eli riskiperheistä. Sinkkosen artikkelin mukaan Stewart ja O'Day (2000) ovat kertoneet kiintymyssuhdehäiriöitä löytyneen varsinkin sellaisilta lapsilta, jotka ovat kokeneet vaikeaa deprivaatiota, kaltoinkohtelua ja useita kiintymyssuhteiden katkoksia.

Huostaan otettujen ja sijoitettujen joukossa on paljon tällaisia lapsia (Sinkkonen 2001: 171-172).

Hanson ja Spratt (2000) ovat todenneet, että monta kertaa sijoitetut lapset ovat usein vaikeahoitoisia. tämän vuoksi jotkut terapiatekniikatkin ovat tavanomaisesta poikkeavia, kuten esimerkiksi fyysistä kiinni pitämistä ilman, että lapsi olisi käyttäytymisellään antanut siihen aihetta. Siksi näitä menetelmiä on myös kritisoitu. (Sinkkonen 2001: 172.)

5 TURVAISTAVA HOITOMALLI

Turvaistavasta hoitomallista puhuttaessa tarkoitamme integritaatioteorian pohjalta luotua mallia. Turvaistavalla hoitomenetelmällä puolestaan tarkoitamme Lastenkoti Nummisten Eemelin tietoisesti käyttämiä tapoja turvaistaa lapsi. Tämä tarkoittaa tapaa ajatella turvaistavasti ja toimia sen pohjalta.

5.1 Turvaistava hoitomalli

Turvaistava hoitomalli, jota kehitetään Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian osastolla, pohjautuu integritaatioteoriaan. Siinä on kaksi ulottuvuutta, joista toinen on turvattomuuden kaaostilanteen hoito. Toinen ulottuvuus on lapsen kasvun ja kehitysprosessin tukeminen ja eteenpäin vieminen. Nämä yhdessä luovat pohjan sille perusluottamukselle, että lapsi kokee pärjäävänsä ja uskaltaa kohdata haastavia tilanteita elämässään. Lasten kasvatusta ja hoitomenetelmät ovat perinteisesti keskittyneet pääasiassa tukemaan lapsen kasvu- ja kehitysprosessia. On lisäksi tärkeää, ettei lapsen turvaistumistarvetta jätetä huomioimatta, sillä haastavat uhkatilanteet voivat johtaa ongelmien syntyyn. Tämän tarpeen huomiotta jättäminen voi johtaa siihen, että lapsen stressitaso on jatkuvasti koholla, oppiminen ja kehittyminen hankaloituvat ja ahdistuneisuus valtaa mielen. Sen tähden on ensiarvoisen tärkeää, että lapsen rauhoittumisjärjestelmää autetaan aktivoitumaan turvaistamalla lapsi. Kun lapsi on rauhoittunut ja turvaistunut, hänen kasvu-, kehitys- ja oppimispotentiaalinsa voi taas jatkua eteenpäin, ja hän on valmis kohtaamaan uusia haasteita. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 23.)

Langinauerin (2009) mukaan turvaistumishäiriöiden hoidon peruseriaatteena on, että aikuinen kantaa vastuun lapsen turvallisuuden kokemuksesta. Vastuu edellyttää, että aikuisella on halua, ymmärrystä ja kykyä auttaa lasta oikealla tavalla, mikä tarkoittaa turvaistavaa aikuisuutta. Lisäksi aikuisen pitää huolehtia siitä, että lapsi kasvaa ja kehittyy ikätasoaan vastaavasti.

Turvaistava hoito on kokonaisvaltaista hoitoa. Siinä hoidetaan lasta, jolla on ongelma. Samalla hoidetaan perhettä, jolla on lapsi, jolla on ongelma. Vanhempia turvaistetaan, jotta he pystyvät turvaistamaan lasta. Lisäksi hoitoon otetaan mukaan lapsen päiväkoti tai koulu. Turvaistava hoito on täten kokonaisvaltaista, yhteisöllistä hoitoa.

5.2 Turvaistava hoitomenetelmä Lastenkoti Nummisten Eemelissä

Turvaistavaan hoitomenetelmään Eemelissä kuuluvat tärkeinä elementteinä fyysinen läheisyys, syli ja kaikki kosketus, kuten hieronta ja rasvaaminen. Arjessa on paljon tilanteita, jotka pitää hoitaa turvaistavasti. Eemelissä on turvaistavaa aikuisuutta sekä turvaistava ympäristö ja yhteisö, jotka auttavat lapsia eheytymään. Eemelissä kaikki tilanteet ovat aikuisjohtoisia. Aikuinen strukturoi arjen ja ohjeistaa lapsia. Päivärutiini ja säännönmukaisuus ovat myös tärkeitä turvaistumisen kannalta. (Leijala - Puolanne 2010.)

Eemeliin sijoitetut lapset ovat lähtökohtaisesti kokeneet hyvin traumaattisen varhaislapsuuden. Perhetaustoissa on muun muassa väkivaltaa, mielenterveysongelmia, päihteitä ja lasten heitteillejättöä. Moni lapsista on oireillut erittäin vahvasti esimerkiksi levottomuudella ja saanut psykiatrasta hoitoa. Osalla lapsista on ollut monia vaihdoksia lastenkodista toiseen vaikean hoidettavuuden vuoksi. (Leijala - Puolanne 2010.) Näiden syiden vuoksi pitkäaikaista turvaistavaa hoitoa toteuttava lastenkoti voidaan nähdä sopivana hoitomuotona Eemelin lapsille. (Langinauer 2010).

Traumaattinen lapsuus ja hylkäämiskokemukset saattavat lapsen helposti digressioon eli turvattomuuden kaaostilaan. Siinä tilassa lapsen omat selviytymiskeinot eivät riitä, vaan hän tarvitsee apua toiselta ihmiseltä, toisenvaraisesti. Lapsen tulisi saada varhaisvuosiensa aikana pääsääntöisesti ja riittävän johdonmukaisesti kokea, että on joku, joka ottaa

vastuun hänen turvaamisestaan ja suojelemisestaan. Lapsen tulisi kokea, että on olemassa ihminen, joka on lasta varten. Yleensä se on äiti tai isä, mutta toisinaan se on joku muu lapsesta huolehtiva aikuinen, kuten Eemelin lasten kohdalla. Turvallisen maailman peruskokemus rakentuu turvaistavassa hoitomenetelmässä sille, että ihmissuhde on se, joka auttaa. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14, 17.)

Eemelissä syliturvaistaminen on paras keino turvaistaa pieni lapsi hänen joutuessaan digressiotilaan. Syliturvaistamisen avulla on mahdollista parantaa lapsen ongelma eli turvattomuus. Se vaatii aikuiselta keskittymistä ja motivaatiota. Hoitavan aikuisen on itse oivallettava, että tällä tavoin hän voi auttaa lasta. Voi kuitenkin vaatia monia toistoja, ennen kuin syliturvaistaminen tuo tuloksia. (Langinauer 2010.)

Turvaistava hoito on psykofyysistä. Kiintymyssuhdeteoreetikot puhuvat turvallisuudentunteesta, eli tunnesiteestä lapsen ja äidin välillä (Bowlby 1957; Sinkkonen 2004). Sen lisäksi turvaistumiseen liittyy vahva fyysinen kokemus. Tämän vuoksi syliturvaistaminen yhtenä toimintamallina on hyvin keskeinen. (Langinauer 2010.)

Lapsi saa Eemelissä turvaistavaa kokemusta hyvän kosketuksen, läheisyyden ja lämmön kautta (Leijala - Puolanne 2010). Varsinkin lapsi, jolla on aikaisempia kokemuksia väkivaltaisesta, traumaattisesta ja aggressiivisesta kosketuksesta, tarvitsee turvaistavaa kosketusta, jolloin aikaisempi kokemus korvautuu. On asioita, joista ei voi puhua, asioita, joihin ei ikään kuin yletytä sanoilla ja silloin käsien kieli on hyvä tapa viestiä ja kommunikoida. Tällöin käsien kieli on tapa viestiä ja kommunikoida. Käsien kielen avulla välittyy viesti, että kaikki on hyvin ja että aikuinen pitää lapsesta huolta. Turvaistava kosketus on tukeva ja syvä kosketus, jolla aktivoidaan rauhoittumisjärjestelmää ja mahdollistetaan oksitosiinin erittyminen. (Langinauer 2010.)

Turvaistaminen on kokonaisvaltaista, tietoista ja päämääräohjaista toimintaa. Lapselle annetaan kokemus, että tilanne on turvallinen. Aikuinen ottaa tilanteesta vastuun, eikä lasta jätetä yksin. (Leijala - Puolanne 2010.) Jos lapsi jää yksin digressiotilanteessa, turvattomuus alkaa pian hallita elämää. Lapsi voi olla jatkuvasti ahdistunut ja kokea, että kun uhka tulee, kukaan ei auta häntä. Lapsen koko energia ja tarkkaavaisuus voikin alkaa keskittyä uhkatilanteiden havainnointiin ja niiden hoitamiseen. Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että lapsi ei voi keskittyä normaaleihin ikä- ja kehitystasoa vastaaviin haasteisiin, kuten sosiaalisten suhteiden luomiseen, leikkiin ja oppimisprosesseihin. Tavalli-

sesti lähdetään miettimään, onko lapsella keskittymisvaikeuksia, puheen ymmärtämisen vaikeuksia, tarkkaamattomuutta, itsesäätelyn ongelmia, itsetunto-ongelmia tai muuta sellaista. Turvaistavassa hoidossa ajatellaan, että oireileva lapsi on turvaton ja hän tarvitsee turvallista aikuista. Turvallinen aikuinen haluaakin auttaa lasta, ottaa syliin ja turvaistaa sen sijaan, että torjuisi lapsen, eriyttäisi ryhmästä tai ohjaisi hänet muualle. (Langinauer 2010.)

Turvaistumiskehityksen häiriön diagnostiikka on Langinauerin mukaan yksinkertainen ja kattava. Ihminen on joko turvassa tai turvaton. Jos ihminen on turvassa, kaikki on hyvin. Jos ihminen on turvaton, herää turvaistumistarve. Kaikilla ihmisillä on huolia ja turvallisuuskysymys on läsnä jokaisessa arkipäivässä. Jos ihminen on itsenvaraisesti turvaistunut ja arkihuolet alkavat painaa, ihminen ahdistuu ja huoli näkyy hänen käyttäytymisessään, esimerkiksi ärtyisyytenä ja kiukkuisuutena. Jos ihminen on puolestaan omavaraisesti turvaistunut, hän selviää. Jos ihmisellä on varhainen kokemus, että joku voi auttaa häntä tarvittaessa, hän selviää huolistaan. Jos tämä kokemus puuttuu, tilanne on hankalampi. (Langinauer 2010.)

5.3 Syliturvaistaminen verrattuna kiinnipitoon ja holdingiin

Eemelissä lapsia pidetään kiinni sekä rajoittamisen että turvallisuuden luomisen vuoksi. Eemelissä menetelmää kutsutaan syliturvaistamiseksi. Eemelin syliturvaistamistilanteet pitää raportoida sosiaalityöntekijälle rajoitustoimenpiteenä ja kiinnipitona. (Leijala - Puolanne 2010.) Syliturvaistamisessa on sekä eroja että samankaltaisuuksia Martha Welchin kehittämään holdingiin, kuten myös muihin kiinnipitomenetelmien sovellutuksiin.

Welch kehitti kiinnipitomenetelmän (holding) työskennellessään lastenpsykiatrian harjoittelijana Albert Einsteinin lääketieteellisessä korkeakoulussa autististen lasten kanssa 1970-luvulla. Yleensä vanhemman ja hoitajan on lähes mahdotonta saada emotionaalista ja järjellistä vastakaikua autistiseen lapseen, mutta Welch huomasi järjestelmällisen ja pitkäaikaisen holdingin toistuvasti korjaavan tätä vuorovaikutussuhdetta. Welch laajensi menetelmää myös sekä muihin häiriintyneisiin lapsiin että aivan normaaleihin lapsiin. Hän sai siten edelleen toistuvasti todisteita siitä, että holdingilla on myönteisiä vaiku-

tuksia äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen ja lisäksi lapsen koko kehitykseen. (Welch 1995: 13-16.)

Welchin tutkimuksissa kiinnipitäjä oli aina äiti. Welchin mukaan holdingin aikana lasta pidetään sylissä siten, että vanhemmalla on suora katsekontakti häneen. Läheisyyden on hyvä olla mahdollisimman suuri. Tämä kohtaaminen kuuluu olennaisesti menetelmään, ja sillä pyritään herättämään lapsen omat tunteet. Siitä edetään vastustusvaiheeseen, jossa lapsi rimpuilee päästäkseen pois. On tärkeää, että kiinnipitäjällä on sellainen ote, että lapsi ei pääse vapautumaan siitä. Koko holdingin ajan vanhemman on pysyttävä lujana. Vastustusvaiheessa kiinnipitäjä kertoo lapselle tunteistaan. Hän tuo esiin turhautumisia, huolenaiheita, vihaa, toiveita, kiintymystä ja rakkautta puhumalla. Kamppailua seuraa rentoutuminen ja hellä läheisyys. Katseet kohtaavat, ja hellä keskustelu alkaa. Kun holdingia jatketaan, kiintymys äidin ja lapsen välillä vahvistuu ja toimii myös lapsen koko kasvun perustana. (Welch 1995: 20.)

Syliturvaistamismenetelmässä käsien kieli ja kosketus korostuvat. Katsekontaktia ei haeta eikä lapselle puhuta. Fyysinen läheisyys on tärkeää molemmissa, sekä holdingissa että syliturvaistamisessa. Aluksi syliturvaistamisessakin digressiotilassa oleva lapsi vastustaa sylissä pitämistä. Siinäkin on tärkeää, että sylissäpitäjän ote on pitävä, mutta edelleenkin lapselle ei puhuta, koska integritaatioteorian mukaan lapsi ei ole vastuussa syliturvaistamiseen johtaneesta tilanteesta. Toisaalta syliturvaistamistakin seuraa rentoutuminen ja hellä läheisyys (Langinauer 2010).

Suurin hyöty holdingista on läheisemmän yhteyden syntyminen lapsen ja vanhemman välillä. Holding antaa lapselle myös turvaa, koska se asettaa vanhemmat vastuuseen lapsesta ja koska lapsella on selkeä raja. Se antaa vanhemmille keinon käsitellä lapsen kehitykseen kuuluvia normaaleja tunnekuohuja kohdistamalla huomio suoraan tunteisiin ja mielipahan syihin sen sijaan, että pelkästään rangaistaan lasta huonosta käyttäytymisestä. Lapsikaan ei näe vain vanhemman vihaisia reaktioita vaan oppii ymmärtämään vanhemman tunteita, huolta ja perusteluja käyttäytymiseen holdingin avulla. (Welch 1995: 29-30.)

Syliturvaistamiseen ryhdytään, kun lapsi tuntee olonsa turvattomaksi. Ensisijaisesti tavoitellaan sitä, että aikuinen, lapsen hoitaja, ottaa vastuun lapsen turvallisuudesta eli turvaistaa hänet. Keskeisintä on antaa lapselle kokemus, että aikuinen on häntä varten ja

että hänen ei tarvitse selviytyä yksin uhkatilanteista. Sen vuoksi lasta ei vastuuteta näistä tilanteista. (Langinauer 2010.)

Lastensuojelulaitoksissa on käytössä kiinnipito rajoitustoimenpiteenä. Kiinnipito on tarkoitettu äärimmäisen poikkeuksellisia tilanteita varten, joissa lapsen käyttäytymiseen on puututtava. Lasta voi lain mukaan pitää kiinni, mikäli hän ”sekavan tai uhkaavan käyttäytymisensä perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita ja kiinnittäminen on lapsen oman tai toisen henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden välittömän vaarantumisen vuoksi taikka omaisuuden merkittävän vahingoittamisen estämiseksi välttämätöntä.” (Lastensuojelulaki 2007: 68 §.)

Aggressiiviset lapset kokevat usein aikuiset rankaisevina, vihamielisinä ja torjuvina. Tämän vuoksi kiinnipidossa tavoitellaan sitä, että tämä käsitys ei vahvistuisi. Kiinnipidossa on läsnä ainakin kaksi aikuista. Hoitajien ja lapsen asentoihin kiinnitetään erityistä huomiota, jotta estetään lapsen satuttaminen. Kiinnipidon alussa lapsi yleensä vastustaa sitä voimakkaasti, huutaa solvauksia hoitajille ja yrittää päästä otteesta irti. Lapsi kuitenkin rauhoittuu ja rentoutuu, kun hänelle kiinnipidon aikana puhutaan rauhoittavasti. Vähitellen lapsi päästetään vapaaksi, häntä silitellään ja lohdutellaan. Sopivassa tilanteessa hoitaja, joka on kiinnipidosta päättänyt, selvittää lapsen kanssa kaikki kiinnipitoon johtaneet syyt. (Aurela 1995: 19.) Syliturvaistettaessa asentoon kiinnitetään huomiota, jotta lasta ei satuteta. Syliturvaistamiseen johtanutta tilannetta ei selvitellä lapsen kanssa jälkeenpäin, koska lasta ei haluta syyllistää tilanteesta. Syliturvaistaminen ei ole rankaisukeino.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusongelma

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, mitä lastenkodin henkilökunta ajattelee turvaistavan hoitomenetelmän käytöstä. Lisäksi avasimme turvaistavan hoitomenetelmän erityispiirteitä ja käytäntöjä. Tutkimusongelmaksemme muodostui se, minkälaisia ko-

kemuksia hoitajilla on turvaistavasta hoitomenetelmästä Lastenkoti Nummisten Eemelissä.

6.2 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään analysoimaan pieni määrä tapauksia mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteerinä on laatu ja käsitteellistämisen kattavuus. (Eskola - Suoranta 2001: 18.) Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkijan pitää myös muistaa arvolähtökohdat, sillä arvot ohjaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkimaamme ilmiötä. Lisäksi on otettava huomioon objektiivisuus, sillä laadullisessa tutkimuksessa on ennemminkin pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2004: 152.)

Aineistonkeruumenetelmänä olemme käyttäneet teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelu sopii hyvin tilanteissa, joissa aiheesta ei tiedetä paljon, mutta halutaan tietoa kattavasti ja laajasti sekä tuoda tutkittavien näkökulmat esiin. Haastattelun yhtenä tarkoituksena on kerätä niin paljon aineistoa, että sen pohjalta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia päätelmiä. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 28, 66, 85.) Haastattelun etuna on se, että aineistonkeruuta voidaan säädellä joustavasti ja vastata myötäillen. Haastatteluaiheiden järjestystä voidaan myös säädellä. Lisäksi haastattavat ovat tavoitettavissa mahdollisesti myöhemminkin, jos aineistoa halutaan täydentää tai tehdä seurantatutkimusta. (Hirsjärvi ym. 2004: 194-195.)

Tietoa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä ja kokemuksista saadaan vuorovaikutuksessa keskustelemalla. Haastattelutilanne on ennalta suunniteltua, päämäärähakuista toimintaa, jonka haastatteli aloittaa ja jota hän myös ohjaa. (Eskola - Suoranta 2001: 85-86.) Haastattelutilanteessa voidaan syventää saatavia tietoja ja perusteluja sekä tehdä tarkentavia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2004: 194).

6.3 Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmien ja kohdeilmion määrittely sekä aineiston keräys ovat vahvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Opinnäytetyön lähtökohta on ongelma. Se määrittelee, miten ryhdytään pohtimaan tutkimusasetelmaan liittyviä kysymyksiä ja miten aineistoa on analysoitava. Aineiston analyysivaiheessa on saatava esiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimus tähtää tutkimusongelman ratkaisuun eli tuloksiin. (Uusitalo 1999: 50-53.)

Ensimmäisenä haastattelimme laitoksen perustaja Anssi Puolannetta ja kasvatusjohtaja Ritva Leijalaa. Tämän haastattelun pohjalta saimme riittävästi taustatietoa, jotta pystyimme asettamaan opinnäytetyölle tavoitteet ja rajaamaan tutkimusongelman. Teimme haastattelussa muistiinpanoja, jotka kirjoitimme puhtaaksi haastattelun jälkeen. Seuraavaksi haastattelimme (liite 1) Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian ylilääkäri Antero Langinaueria saadaksemme tietoa integritaatioteoriasta. Saimme luvan käyttää haastattelu- ja tutkimusmateriaalia opinnäytetyössämme (liite 2). Tämän haastattelun nauhoitimme ja litteroimme sanasta sanaan.

Eemelin kasvatusjohtajan kanssa sovimme, että teemme teemahaastattelut henkilökunnalle parihaastatteluna. Parihaastatteluiden etuna voidaan nähdä sen luontevuus ja tilanteen vapautuneisuus (Hirsjärvi ym. 2004: 199). Toisaalta haastatteleamalla hoitajia pareittain mahdollistettiin lastenkodin arjen sujuminen resurssien ja ajankäytön kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Haastattelukertoja oli neljä. Ensimmäisellä kerralla haastateltavia oli yksi ja muilla kerroilla kaksi eli yhteensä seitsemän. Yksi haastateltavista ei päässyt paikalle.

Suoritimme haastattelumme huhtikuussa 2010. Haastattelut tehtiin Eemelin toimistossa työaikana. Haastatteluhetkellä paikalla ei ollut muita henkilöitä. Jokainen haastattelu kesti noin tunnin. Kolmessa ensimmäisessä haastattelussa haastattelihoita oli kaksi ja viimeisessä haastattelussa kolme. Ennen haastattelua hoitajille annettiin vielä mahdollisuus tutustua etukäteen lähetettyyn saatekirjeeseen (liite 3). Olimme kertoneet haastatteluiden nauhoittamisesta saatekirjeessä ja varmistimme luvan ennen haastattelun alkamista. Lisäksi kertosimme suullisesti opinnäytetyömme tarkoituksen ja haastateltavien

anonyymiyden sekä annoimme hoitajille mahdollisuuden esittää kysymyksiä. He allekirjoittivat myös haastatteluluvan (liite 4).

Olimme laatineet haastattelua varten teemahaastattelurungon (liite 5), jossa oli kolme teemaa. Emme kysyneet kaikkia kysymyksiä jokaiselta hoitajalta, mutta varmistimme, että jokainen teema tuli käsiteltyä haastattelun aikana. Vastauksia analysoitaessa päätimme jättää koulutus- ja ohjauskohdan vähemmälle huomiolle, koska se ei tuonut olennaisia asioita tutkimusongelman kannalta.

Pyrimme luomaan haastattelutilanteista mahdollisimman luontevia. Annoimme hoitajien kertoa kokemuksistaan ja ajatuksistaan mahdollisimman vapaasti. Tämä näkyy vastauksissa siten, että joihinkin kysymyksiin hoitajat vastasivat, miten itse kokevat menetelmän ja välillä he vastasivat, miten he ajattelevat lasten sen kokevan. Kaikki haastattelut osallistuivat innokkaasti ja avoimesti keskustellen haastattelutilanteeseen. Perinteisestä kysymys-vastaus-haastattelutilanteesta on viime vuosina siirrytty keskustelunomaisempiin haastattelutilanteisiin (Eskola - Vastamäki 2007: 25-26).

Haastatteluiden jälkeen kävimme haastattelutilanteen läpi opinnäytetyöryhmässämme. Samalla pohdimme, olimmeko osanneet kysyä olennaisia kysymyksiä saadaksemme vastauksia tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

Analyysivaiheessa huomasimme, että haastatteluissa ei ollut tullut esille turvaistavan hoitomenetelmän kehitettäviä tai huonoja puolia. Tämän takia lähetimme syksyllä 2010 postitse tarkentavan kysymyksen haastattelemillemme hoitajille (liite 6). Siinä kysyimme, mitä kehitettävää tai huonoja puolia turvaistavassa hoidossa on. Vastauksia tuli kuusi. Yksi haastatelluista oli irtisanoutunut työpaikasta.

6.4 Aineiston analyysi

Puhtaaksikirjoitimme eli litteroimme nauhoitetut haastattelut sana sanalta. Aineistoa kertyi noin 90 sivua. Parihaastattelun litteroiminen on haastavampaa kuin yksilöhaastattelun. Onneksemme haastateltavien äänet erosivat toisistaan niin, että puheenvuorot olivat helposti erotettavissa toisistaan.

Haastatteluaineiston purkamisen jälkeen luimme litterointeja useaan kertaan. Samalla nostimme esiin aineistosta löytämiämme tutkimuskysymyksen liittyviä asioita ja teimme niistä muistiinpanoja. Tämän jälkeen kokosimme ne listoiksi, jotka tulostimme ja kiinnitimme seinälle ryhmittäin. Samalla pidimme mielessä teemahaastattelurungon ja tutkimusongelman. Seuraavaksi teimme merkintöjä listoihin ja laskimme teemojen esiintymiskertoja ja etsimme säännönmukaisuuksia. Näin saimme yhdistettyä opinnäytetyön kannalta olennaiset teemat kokonaisuuksiksi. Tässä vaiheessa huomasimme, että samantyylliset havainnot alkoivat toistua. Tämä tarkoittaa sitä, että olimme saavuttaneet saturaatiopisteen. Aineisto on riittävä silloin, kun saturaatiopiste saavutetaan (Eskola - Suoranta 2001: 63). Lopuksi kokosimme litteroinneista sitaatteja, jotka kuvasivat valitsemiamme teemoja. Näistä kokosimme mahdollisimman yleisen tyypin mukaisen kuvauksen hoitajien kokemuksista turvaistavasta hoidosta Eemelissä.

Aineiston analyysimenetelmäksi valitsimme tyypittelyn. On olemassa ainakin kolme tapaa tyypitellä aineisto: autenttinen, yhdistetty ja mahdollisimman laaja tyyppi. Autenttinen tyypittely sisältää yhden vastauksen esimerkkinä laajemmasta aineistosta. Yhdistetty eli mahdollisimman yleinen tyyppi sisältyy suureen osaan tai mahdollisesti kaikkiin vastauksiin. Mahdollisimman laajassa tyypissä otetaan mukaan kaikki aineistossa esiintyneet asiat. (Eskola - Suoranta 2000: 181-182.) Valitsimme opinnäytetyöhömmme yhdistetyn tyypin. On mahdollista, että kun asia esiintyy yhdenkin kerran, sillä on merkitystä etsittäessä vastausta tutkimusongelmaamme. Tuloksiin ei kuitenkaan tarvitse ottaa mukaan kaikkia esiintyviä asioita, mikäli ne eivät liity selvästi turvaistavaan hoitomenehtelmään.

Tyypittelyssä ryhmitellään aineisto ryhmiksi samankaltaisia tarinoita. Tyypit tiivistävät ja kuvaavat laajasti tutkimusaineistoa. Aineistosta pitää löytää kaikki tutkimusongelman ratkaisemiseen johtava informaatio. Samankaltaisuuksien ja poikkeamien analysointi pakottaa tutkijan pohtimaan olettamuksiaan ja hypoteesejaan jäsentyneemmin. (Eskola - Suoranta 2000: 181.)

Kvalitatiivisen aineiston käsittely on sekä analyysia että synteesiä. Analyysissa aineistoa luokitellaan ja eritellään. Synteesissä puolestaan tullaan takaisin kokonaisuuteen ja pyritään hahmottamaan tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 143.) On huomioitava, että opinnäytetyö ei ole vielä valmis, kun tulokset on ana-

lysoitu. Analyysin tuloksia pitää tulkita ja pohtia sekä tehdä niistä omia johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym. 2004: 213.)

7 TULOKSET

Poimimme keräämämme aineiston pohjalta keskeisiksi turvaistavan hoitomenetelmän elementeiksi syliturvaistamisen, aikuisjohtoisuuden, fyysisen läheisyyden ja koskettamisen. Näitä käsitteitä ja käytäntöjä tuomme esiin seuraavissa kappaleissa. Lisäksi käsittelemme hoitomenetelmän hyötyjä, kehittämistarpeita ja muita esille nousseita asioita.

Langinauerin (2010) mukaan turvaistava hoito on tietoista ja päämäärähakuista turvan antamista lapselle. Hän määrittelee turvaistavan hoitomallin tavaksi ajatella lapsen turvattomuuden tunnetta. Kun aikuinen ymmärtää, että levottomasti ja häiritsevästi käyttäytyvä lapsi tarvitsee turvallista aikuista, hänellä herää halu auttaa lasta eikä torjua häntä, esimerkiksi leimaamalla hänet häiriköksi ja eriyttämällä ryhmästä.

7.1 Aikuisjohtoisuus

Kaikki hoitajat kertoivat haastatteluissa, että turvaistavan hoitomenetelmän mukaan aikuinen on läsnä, lähellä ja lapsen saatavilla. Aikuisjohtoisuus näkyy kaikessa toiminnassa lastenkodissa. Eemelissä lapsen ei tarvitse huolehtia omasta turvallisuudestaan vaan aikuinen ottaa siitä vastuun. Integritaatioteorian mukaan luotuun hoitomalliin kuuluu se, että aikuinen ottaa vastuun lapsen turvallisuuden kokemuksesta (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 14). Parhaimmin lapsi turvaistuu ja saa avun omien vanhempiensa tai lasta hoitavan aikuisen kautta (Langinauer 2010).

”Aikuiset päättävät lasten puolesta heitä koskevista asioista. Totta kai me kuunnellaan mitä lapset toivoo ja mitä haluaa, mut se on mun mielestä semmonen tosi iso osa tätä mejän päivää, että ne kaikki päivät rullaa sillä että aikuiset on päättäny.”

Haastateltava A

”Se näkyy niin ku kaikessa aikuisten toiminnassa täällä, että se hoito on niin ku turvallista lapsille niin psyykkisesti kuin siten, et lasten psyykkinen ja fyysinen turvallisuus huomioidaan siinä. Se on aikuisjohtoista, koska silloin lapsen on turvallista olla. Sit siihen kuuluu se syliturvaistaminen, joka on yks meidän hoitomenetelmä, esimerkiksi lapsen raivokohtauksissa ja muutenkin hoitaa niin ku lapsen huonoa oloa, mutta sitten muuten se on, myös laajempi juttu.”

Haastateltava L

Lapsella on joka päivä nimetty vastuuhoitaja, joka huolehtii hänen turvallisesta päivästään. Hoitajat kertoivat myös siitä, kuinka he pyrkivät toiminnallaan suunnittelemaan ja ennakoimaan tilanteita etukäteen. Haastatteluiden mukaan hoitajat kokevat, että omahoitajamenetelmänkin tukee turvaistavaa hoitoa. Se tukee lapsen yksilöllistä kohtaamista ja huomioimista. Hoitajat kertoivat, että omahoitaja on se, kenen kanssa lapsi lähtee retkille ja joka tietää lapsen asioista parhaiten. Omahoitaja pitää yhteyttä lapsen omaisiin ja yhteistyöverkostoihin.

”...kaks omahoitajaa kehen voivat luottaa kaikissa asioissa. Et sit tulis siitä pitkä kantamo, tunnesuhde, vaan siitä syvenee ja paranee sen myötä miten pitkään se kasvaa.”

Haastateltava A

Hoitajat painottivat haastatteluissa, että aikuiset päättävät lasten puolesta heitä koskevista asioista, kuten säännöistä ja aikatauluista. Heidän mielestään lapsille tulee välittyä kokemus siitä, että he voivat luottaa aikuiseen, joka huolehtii muuttumattoman ja vakaan arjen sujumisesta. Kokonaisvaltainen eli psyykkinen ja fyysinen turvallisuuden kokemus on lapsen kasvulle tärkeätä (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 13-14).

”Mun mielestä aikuisjohtoisuus on meillä hyvin vahva, ja se kyllä mun mielestä edesauttaa. Lapsen ei tarvis huolehtia mistään, aikuiset määrää ja johtaa.”

haastateltava A

Haastateltavat ajattelevat, että Eemelissä hoitajat toimivat aikuisjohtoisesti. Tietoinen aikuisjohtoisuus tukee turvaistavan hoidon toteuttamista.

7.2 Syliturvaistaminen

Haastatteluaineiston mukaan syliturvaistaminen koetaan kaikkein keskeisimmäksi turvaistavan hoitomallin käytännöksi. Kaikki haastateltavat puhuivat siitä. Hoitajat kokivat, että Eemelissä lapsi saadaan ottaa helposti syliturvaistamiseen ja muutenkin he pitivät lapsia paljon sylissä. Osa haastateltavista puhuikin ennakoivasta sylissä pitämisestä eli hoitajat pyrkivät ottamaan lapsen syliin ennen kuin lapsi joutuu turvattomaan kaakokseen eli digressioon.

”... tulee sitä lasta sylissä pideltyä niin, että se olis ennen kuin se menee ihan mahdottomaksi ja hallitsemattomaksi se lapsen oleminen. Et ikään kuin ennaltaehkäisevästi sen pysäyttää...”

Haastateltava H

Integritaatioteorian mukaan turvaistavan aikuisuuden suojassa lapsen omat turvaistumiskeinot pääsevät kypsyään ja vastaamaan lapsen ikä- ja kehitystasoa. Näin hänestä kasvaa omavaraisesti turvaistunut yksilö, joka osaa tarvittaessa hakea apua tai vastaanottaa sitä toiselta ihmiseltä. (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 23.)

Hoitajat kertoivat haastatteluissa, että syliturvaistamistilanteen aloittaminen on aikuisen vastuulla ja tilanteen hoitaa yleensä yksi hoitaja. Asento syliturvaistamisen aikana ei ole tarkkaan määrätty, mutta fyysisen kosketusalan on hyvä olla mahdollisimman laaja. Syliturvaistaminen voi tapahtua sylissä tai aikuisen harkinnan mukaan lapsen ikä ja koko huomioiden esimerkiksi sängyllä maaten. Syliturvaistamisen aikana ei puhuta lapselle. Puhumisen katsottiin syyllistävän lasta siitä pahasta olost, jolle hän itse ei voi mitään. Tällä tavoin toimien hoitajat kokivat, että aikuinen otti tilanteesta vastuun.

”Me ei voida vastuuttaa lasta, jolla on paha olo ja hän oirehtii, että hän nyt todella pystyis tähän rauhoittumaan itsekseen.”

Haastateltava K

Haastatteluissa hoitajat kertoivat, että päivän aikana syliturvaistettu lapsi on useita tunteja koostunut ja yhteistyökykyinen. Hoitajien mielestä Eemelin lapsetkaan eivät koe

syliturvaistamista negatiivisena asiana, vaan päinvastoin sen jälkeen on tavallista, että lapsi haluaa olla syliturvaistaneen hoitajan lähellä tilanteen jälkeenkin. Hoitajat ajattelivat, että näin tapahtuu, koska lapsella on turvallinen olo. Hoitajat kertoivat myös, että lapset puhuvat syliturvaistamisesta positiiviseen sävyyn.

”Se on nyt aikuisen kanssa tuolla rauhoittumassa (sanovat lapset), mutta he puhuu siitä hirmu positiivisesti ite, mikä on musta tosi tärkeä homma eikä puhu, että nyt tuo viiiään taas tuonne noin ja nyt sitä aikuinen pitää kiinni tai jotain...”

Haastateltava A

Hoitajat kokevat, että sylistä on tullut tärkeä paikka Eemelissä. Alussa, kun lapset tulivat lastenkotiin, he saattoivat mieluummin vetäytyä omaan huoneeseen, mutta nyt kaikki tulevat syliin mielellään.

”Kyllä sylistä kilpaillaan. Jos istuu sohvalle, niin kauan ei aikuisen tarte yksin istua, kun on joku lapsista kainalossa tai sylissä. Vaikka syliturvaistamistilanteet ovat rankkoja ja kiperiä, niin sylistä on tullut tärkeä paikka lapsille. Onko se (syliturvaistaminen) jopa auttanu siihen, että lapset haakeutuu sitten enemmän...”

Haastateltava L

7.3 Kosketus ja fyysinen läheisyys

Hoitajat korostivat vastauksissaan fyysisen läheisyyden ja kosketuksen merkitystä turvaistavassa hoitomenetelmässä. Hoitajat puhuivat kosketuksesta puheen sijasta. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei lasta välttämättä tarvitse ohjata pelkästään puhumalla, vaan voidaan toimia kehon kielellä fyysisten elementtien kautta, esimerkiksi taluttamalla lasta, istumalla hänen vieressään ja laskemalla käsi olkapäälle. Vastauksista käy ilmi, että arjessa pyritään olemaan lapsen lähellä niin paljon kuin mahdollista. Esimerkiksi ruokaillessa aikuiset istuvat lasten kanssa samassa pöydässä. Fyysisiin elementteihin kuuluvat myös kainalossa rauhoittelu, silittäminen esimerkiksi nukahtamistilanteissa sekä rasvaaminen ja hieronta.

Sylissä oleminen on yksi tärkeimmistä turvaistavan hoitomenetelmän elementeistä. Siinä kokonaisvaltainen fyysinen läheisyys ja kosketus korostuvat lapselle, mikä saa aikaan lapsen rentoutumisen (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 18.) Hoitajat puhuivat laajasta, rauhallisesta ja syvästä kosketuksesta aikuisen ja lapsen välillä – läheisyydestä, jossa parhaimmillaan lapseen alkaa erittyä oksitosiinia. Tämä hoitajien puhe on yhdistettävissä Uvnäs Mobergin (2007: 122) tutkimuksiin, joiden mukaan oksitosiini aikaansaa rauhoittumisreaktion silloin, kun lapsi on kosketuksessa läheisen ihmisen kanssa.

”Semmonen fyysinen läheisyys, niin se rauhoittaa ihan selkeesti. Ainakin hetkellisesti ja etenkin ainakin sen ajan, kun ollaan ihan lähekkäin, kun tää lapsi on siinä ja nauttii siitä.”

haastateltava H

”Tapa millä hierotaan ei oo niin kuin semmosta lihaksia muokkaavaa, vaan enemmänkin semmosta rentouttavaa, rauhallista, syväkosketusta ja sitten ihannehan olis, et se kestäis riittävän pitkään... ajatellen just tätä oksitosiinin erittymistä.”

haastateltava L

Hoitajat kertoivat, että lapset usein hakeutuvat syliin silloin, kun katsotaan elokuvaa tai jos lasta pelottaa jokin asia. Lapsen koetaan tankkaavan turvallisuutta käymällä sylissä. Airi Hautamäen (2001) artikkelin mukaan Bowlby (1998) ja Ainsworth ym. (1978) ovat todenneet lapsen hakeutuvan kiintymyksen kohteena olevan henkilön luokse vaaran uhatessa. Kun lapsi kokee olonsa turvallisiksi, hän uskaltaa lähteä tutkimaan ympäristöään uudelleen. Uuden tarvetilan viritessä turvallisen hoitajan tarve nousee taas esille. Hoitajien mielestä lapset luottavat aikuiseen ja kokevat myös tilanteen turvallisiksi, kun uskaltavat yhä useammin tulla syliin.

”Se käy tankkaamassa sen hetken. Voi olla sylissä ilman, että tarvii olla ihan niin kuin kiinni...”

Haastateltava I

Langinauer on puhunut siitä, miten tällaisen kaltoin kohdellun lapsen varhainen kokemus kosketuksesta on voinut olla traumaattinen. Tällaisen lapsen pitäisi saada mahdollisimman paljon hyviä kokemuksia kosketuksesta, fyysisestä läheisyydestä ja sylistä,

jotta hän saisi eheyttäviä kokemuksia ja jotta vanha traumaattinen kosketus korjaantuisi (Langinauer 2010.) Eräs hoitaja kuvaa fyysisen kosketuksen ja sylin vaikutusta lapseen näin:

”Fyysinen kosketus, niin kuin kärjistetysti, lapsi ikään kuin lamaantuu, mutta se ikään kuin rentoutuu verrattuna siihen jännitystilaan, mikä on ollut aikaisemmin sekä fyysisellä että psyykkisellä tasolla, semmoinen kireys, niin se siinä sylissä rentoutuu.”

haastateltava H

7.4 Turvaistavan hoitomenetelmän hyödyt

Kysyttäessä hoitajilta sitä, kokevatko he lasten hyötyvän turvaistavasta hoitomenetelmästä, kaikki olivat yksimielisiä positiivisista vaikutuksista Eemelin lasten kehitykseen. Hoitajat kertoivat, että lapset ovat oppineet pyytämään apua aikuiselta. He sanoivat myös, että lasten leikki-aidot ovat kehittyneet ja keskittymiskyky lisääntynyt. Hoitajat toivat esiin haastatteluissa, että turvaistava hoitomenetelmä ei ole vain kokoelma uusia ”temppeja”.

”Osataan leikkiä leikkiä, missä on juoni ja missä tapahtuu jotain. Ei oo vaan, että tää ajaa nyt kolarin pum tai jotain tämmöstä äkkinäistä, missä on aina joku rysähdys, mitä se oli alkuun. Ei oikeen hirveesti leikissä ollu muuta juonta kuin, että äkkii tulee joku äkkipysähdys ja se on siinä se homma. Nyt leikitään kaiken näköstä ihan oikeestikin fiksuja.

Haastateltava M

Haastateltavat kuvasivat lasten rauhoittuneen. Hoitajat näkivät esimerkiksi syliturvaistamiskertojen määrän vähentyneen turvaistavan hoidon ansiosta. He kertoivat myös jokatapäiväisistä tilanteista, joissa rauhoittuminen huomattiin.

”Kyllä silleen nää on rauhoittunu ihan hirveesti. Mä en voinu kuvitellaakaan, et nää olis viime syksynä kattonut kaikki telkkarista latenohjelmia ja istunu paikoillaan 20 minuuttia. Nyt ne pystyy tunninki joskus olemaan ja kaikki tapittaa telkkaria.”

Haastateltava A

7.5 Kehitystarpeita

Pyysimme haastatteluihin tarkennusta jälkikäteen. Tarkennuksessa kysyimme, mitä huonoja puolia tai kehitettävää turvaistavassa hoitomenetelmässä Lastenkoti Nummisten Eemelissä on. Vastausten perusteella hoitajat toivat esiin huolen siitä, että lapset mahdollisesti kokevat turvaistavan hoitomenetelmän rangaistuksena.

”Huono puoli turvaistavassa sylihoidossa tai lähinnä sen aloittamisessa: pitäisi omat tunteet pystyä pitämään kurissa, vaikka lapsi olisi käyttäytynyt ikävästi. Syliturva ei ole koskaan rangaistus eikä lapselle saa sellainen tunne välittyä. Tämä voi olla joskus haastavaa...”

Anonyymi lisäkysymysvastaaja

Vastauksen perusteella tulkitsemme sen, että syliturvaistaminen on haastava tilanne sekä hoitajalle että lapselle. Hoitajan mielestä lapsi voi kokea turvattomuutta, jos hoitajan tunteet eivät ole kontrollissa. Langinauer korostaa syliturvaistamistilanteessa sitä, kuinka tärkeää on, että aikuinen kokee olonsa tuvalliseksi, jotta hän voi turvaistaa aidosti lapsen. Tällä hän tarkoittaa sitä, että aikuinen pysyy tilanteessa rauhallisena, mikä vähentää aikuisen omaa epävarmuutta tai ahdistusta. (Langinauer 2010.)

Aineistosta kävi ilmi myös se, että lapsi saattaa rimpuilla otteessa ja huutaa esimerkiksi rumia sanoja. Hoitajien mielestä lapsi turvaistuu sitä nopeammin, mitä pitävämpi aikuisen ote lapsesta on. Hoitajien ei myöskään pidä heidän mielestään provosoitua huudoista, vaan heidän tehtävänsä on auttaa lasta rauhoittumaan ja turvaistumaan. Hoitomallin mukaisesti aikuinen, joka syliturvaistamistilanteessa kokee epävarmuutta, huolta tai ahdistusta, ei voi syliturvaistaa lasta (Langinauer 2010).

Kiinnipito lastensuojelulaitoksissa on hyvin vaativaa sekä fyysisesti että psyykkisesti. Monet hoitajat kokevat lapsen fyysisen rajoittamisen epämieluisana, mikä voi tuoda esiin ristiriitaisia ajatuksia. Hoitajat voivat olla epävarmoja otteidensa oikeellisuudesta tai pelätä vastaavansa lapsen raivoon liian vahvasti. Hoitajiin kohdistuvat uhkaukset ovat myös tavallisia. Toisaalta kuitenkin yhä useampi on huomannut, että terapeutin kiinnipito on inhimillinen ja hyödyllinen hoitomenetelmä. (Aurela 1995: 17, 21.) Haastatteluista ilmeni, että Eemelin hoitajilla on samoja tuntemuksia ja ajatuksia syliturvais-

tamisesta. Muutos, mikä sylimurvaistetussa lapsessa voi tapahtua, on kuitenkin usein suuri. Sylimurvaistamisen loppuun asti saattaneet henkilöt ovat jälkeenpäin kertoneet, että aloitusvaiheessa raivoava tai ahdistunut lapsi muuttuu murvaistettaessa sylimurva iloiseksi, yhteistyökykyiseksi ja toimintakykyiseksi (Langinauer 2010).

Haastateltavat kokivat, että Eemelissä kolme aikuista ei aina riitä seitsemälle lapselle. Lisäksi he toivat esille sen, että toisinaan kaaostilanteiden uhatessa joudutaan käyttämään myös menetelmiä, jotka eivät kuulu murvaistavaan hoitomenetelmään, kuten isompien lasten lähettämistä omiin huoneisiinsa rauhoittumaan. Hoitajat sanoivat, että se ei kuulu murvaistavaan hoitomenetelmään, sillä heidän korostivat haastatteluissa sitä, että lasta ei jätetä yksin pahan olonsa kanssa. Oma huone nähtiin kyllä yleisesti turvallisesti rauhoittumispaikaksi. Hoitajat kertoivat, että ajallisesti lasten ei tarvinnut olla huoneessaan kauaa yksin, ja huoneeseen lähettänyt aikuinen myös kävi siellä säännöllisesti katsomassa lasta.

Vastauksista käy ilmi se, että työyhteisö on nuori ja työmenetelmät kehittyvät koko ajan. Yksi vastaajista mainitsi tarpeen paremmalle perehdytykselle, kun lastenkotiin tulee uusia työntekijöitä. Yhdessä vastauksessa toivottiin uutta luentoa murvaistavasta hoidosta. Tällä tavoin uudet sekä vanhat työntekijät saisivat vahvistusta tavalleen tehdä tätä työtä. Puutteena hoitajat kokivat sen, että murvaistavasta hoidosta ei ole kirjallisuutta. He toivoivat käsikirjaa, jossa olisi murvaistavan hoidon perusperiaatteet. Osa hoitajista tietää Hyvinkään Lastenpsykiatrian perheosaston seurantalutkimuksen olemassaolon ja on perehtynyt siihen, osa ei. Vaikka hoitajilla on yhtenevät näkemykset murvaistavasta hoitomenetelmästä, he kokivat silti, että heillä on vielä paljon opittavaa siitä.

7.6 Muita esille nousseita ajatuksia murvaistavasta hoitomenetelmästä

Hoitajien mukaan säännöt lastenkodissa ovat yhtenäiset ja kattavat. Arjen struktuuri eli päivän rakenne on selkeä. On selvää, että rakenteita tarvitaan kaikissa laitoksissa, koska niiden koetaan lisäävän turvallisuutta. Arki on murvaistavaa, kun aikuinen koordinoi ja strukturoi sen. Tällä hoitajat tarkoittivat sitä, että aikuinen ohjaa lapsia jokapäiväisissä toiminna.

”... Se ainakin auttaa siihen, että kun lapsi saa struktuurit ja aikuisen siihen ohjaamaan ja opastamaan ja ottamaan kaiken näkösen vastuun...”

haastateltava J

Hoitajat kertoivat Eemelin lasten levottomuuden olevan yleistä. Struktuurilla ja aikuisen vastuun ottamisella on hoitajien kokemuksen mukaan lapsia rauhoittava vaikutus.

”Siinä turvaistavassa on kuitenkin tärkeintä, että se aikuinen on läsnä ja lähellä ja aina saatavilla.”

haastateltava A

Langinauerin (2010) mukaan esimerkiksi rakenteet talossa ovat ulkoisia turvaistavia elementtejä, mutta lapsen maailman täytyy rakentua ajatukselle, että aikuinen on se, joka auttaa ja turvaistaa lapsen. Tässä tapauksessa se on Eemelin hoitaja.

Turvaistavassa hoitomenetelmässä hoitajien mukaan on tärkeää huomioida äänensävy, jolla lapselle puhutaan. Se ei missään tapauksessa saa ilmaista vihaa, koska tarkoituksena on antaa lapselle apua rauhoittumiseen. Hoitajat kertoivat, että aikuisen koko kokemuksen on tärkeää olla rauhallinen. He kertoivat myös, että ei pidä pelästyä mitään lasten esiin tuomia tunteita ja vaikeita asioita. Lasten pahaa oloa ei saa vähätellä. Hoitajien mukaan kaikilla Eemelin lapsilla on huono itsetunto. Tämän vuoksi he korostavat, että lasten hyvien puolien esiin tuominen on tärkeää ja heitä kannattaa kehua pienistäkin asioista.

Osa hoitajista näkee joitakin riskejä ristiriitojen muodostumiselle turvaistavan hoitomenetelmän ja tavallisen kasvatuksen välillä. Toisaalta he luottavat siihen, että Eemelissä kasvatuksella ja turvaistamisella on yhteinen päämäärä. Hoitajat kertoivat, että lasten kehitystaso ei välttämättä vastaa kronologista ikää. Tämä pitää huomioida turvaistavassa hoitomenetelmässä, ja muun muassa tämän vuoksi voidaan nähdä ristiriita normaaliin kasvatuskäytäntöjen kanssa.

”Niittenhän (kasvatuksen ja turvaistavan hoitomenetelmän) kuuluis kulkea käsi kädessä tai olla osa sitä ideologiaa, kasvatus on niin ku siellä mukana, ettei ne olisikaan kaksi erillistä juttua.”

haastateltava L

Integritaatioteorian mukaan ensisijaisesti pitää hoitaa turvallisuusasiat kuntoon, jotta lapsen tunteet, tieto-aidot ja tahto pääsevät kehittymään. Nämä ovat lapsessa jo olemassa olevia asioita ja niitä ei voi pakottaa esiin. Esimerkiksi, jos kymmenenvuotias lapsi ei ole kokenut varhaislapsuudessaan aikuisenvaraista perusturvaa, tällöin lapsen ikä ja kehitystaso eivät enää vastaa toisiaan ajatellen normaalia kehitystä. Toisin sanoen lapsi on turvaistettava ensin, ennen kuin kehitys pääsee jatkumaan. (Langinauer 2010.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tulokset osoittivat, että hoitajat ovat hyvin sisäistäneet turvaistavan hoitomenetelmän, koska haastatteluvastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Voimme päätellä haastatteluvastausten perusteella, että turvaistavasta hoitomenetelmästä on hyötyä työskenneltäessä lastenkodissa. Hoitajat pitävät turvaistavaa hoitomenetelmää hyvänä ja sopivana hoitomuotona Eemelissä. Turvaistavan hoidon vaikutukset tulevat hoitajien mielestä näkyviin lasten keskittymiskyvyn lisääntymisenä ja leikkitaitojen kehittymisenä. Nykyään lapset myös uskaltavat tulla enemmän syliin ja ottavat enemmän kontaktia aikuiseen.

Tuloksemme osoittivat, että aikuisjohtoisuus on erittäin tärkeää turvaistavan hoidon toteuttamisessa. Sen tulee näkyä lastenkodin kaikessa toiminnassa. Hoitajat painottavat, että aikuisen tulee huolehtia kaikista lasten asioista ja lapselle tulee välittyä kokemus, että he voivat luottaa aikuiseen. Turvaistavassa hoitomenetelmässä korostetaan, että lapsella tulee olla turvallinen ihmissuhde (Langinauer 2010).

Erityiseksi hoitomenetelmäksi nousi tulostemme mukaan syliturvaistaminen. Syliturvaistaminen on tuloksellinen keino turvaistaa lapsi digressiotilanteessa (Langinauer - Hakuni- Järvinen 2008: 24). Syliturvaistamisen erityispiirteenä on, että lapselle ei puhu-

ta sen aikana, eikä tilanteeseen johtanutta asiaa käsitellä jälkeenpäin. Näin menetellen halutaan välttää lapsen syyllistäminen. Langinauerin mukaan lapsen joutuessa digressiotilanteeseen tyypillisesti on kyse siitä, että hän menettää tilanteen hallinnan. Tämä on kuitenkin turvallisuuskysymys. Ihmiset usein tulkitsevat tällaisen käyttäytymisen väärin, esimerkiksi leimaamalla lapsen häiriköksi ja tällä tavoin syyllistävät hänet. (Langinauer 2010.)

Tulostemme mukaan turvaistavassa hoitomenetelmässä fyysinen läheisyys on tärkeää. Lapsen turvallisuuden kokemus muodostuu kokonaisvaltaisista aistikokemuksista eli tuista äänistä, tuoksuista, lämmöstä ja liikkeistä sekä kosketuksesta ja sylistä. Se on psyko fyysinen perusta kehittyvälle tunne-elämälle, tahtoelämälle, tieto-taitoelämälle ja näin ollen lapsen koko integritaatiolle. (Langinauer 2009.) Jos lapsi ei saa näitä hyviä kokemuksia tai häntä ei turvaisteta korjaavalla kosketuksella, hänestä kasvaa aikuinen, joka kokee kosketuksen epämiellyttävänä ja uhkaavana (Langinauer 2010).

Opinnäytetyömme osoittaa, että turvaistava hoitomenetelmä sopii hyvin laitokseen, jossa hoidetaan vaikeahoitoisia lapsia. Hoito lähtee ajatuksesta, että lapsen tulee olla turvaistunut. Tapa ajatella turvaistavasti muodostaa kattokäsitteen lastenkodin tavalle toimia. Tulostemme mukaan tärkeää on se, että lasta ei jätetä yksin, aikuinen on läsnä ja lapsen tukena päivittäisissä toiminnoissa. Turvaistava ajatusmalli sisältää kaiken sen toiminnan, minkä katsotaan vievän lasta kohti turvallista, omavaraista turvaistumismallia (Langinauer 2010).

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaiken tieteellisen väittelyn edellytys on julkisuus (Ernrooth 1990: 36). Langinauerin mukaan integritaatioteoria ei kuitenkaan ole läpikäynyt akateemista keskustelua. Turvaistavasta hoitomallista on julkaistu yksi seurantatutkimus, ja sitä kehitetään edelleen Hyvinkään sairaalan lastenpsykiatrian yksikössä. Emme työssämme ota kantaa teorian tieteellisyteen. Tiedostamme integritaatioteorian tieteelliset puutteet, mutta tutkiesamme hoitajien kokemuksia turvaistavasta hoitomenetelmästä Eemelissä integritaatioteoria oli itsestäänselvä valinta pääteoriaksi.

Opinnäytetyömme eettiset kysymykset liittyivät opinnäytetyön materiaalin hankintaan ja sen käyttöön. Ihmistieteissä ja haastattelussa joudutaan miettimään eettisyyttä sen jokaisessa työvaiheessa. Suunnitelmanteon ja raportoinnin välissä tapahtuva työ haastattelutilanteineen ja materiaalin käsittelyineen herättävät eettisiä kysymyksiä. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, voidaan korostaa muutamaa tärkeää eettistä periaatetta. Nämä ovat luottamuksellisuus, suostumus annetun informaation pohjalta, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 19-20.) Materiaalin hankinnassa olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman uusia ja alkuperäisiä lähteitä. Opinnäytetyön olemme kirjoittaneet mahdollisimman avoimesti ja rehellisesti.

Tutkimushaastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Painotimme nimettömyyttä eli anonymiteettiä opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa sekä haastateltavien että lastenkodin lasten osalta. Litterointivaiheessa annoimme haastateltaville kirjainkoodit sattumanvaraisesti ja muutimme haastatteluissa esiintyneet lasten nimet sanaksi lapsi. Litteroinnin jälkeen hävitimme nauhat.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tulee kysymykseen se, millä kriteereillä arviointi pitää tehdä. Eskola ja Suoranta (2000: 208) mainitsevat, että kvalitatiivisen tutkimuksen tekijöitä on kritisoitu luotettavuuskriteereiden hämäryydestä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeiseksi luotettavuuden mittariksi nousee tutkija itse ja hänen avoin subjektiivisuutensa. (Eskola - Suoranta 2000: 210.)

Tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta voidaan parantaa kriittisellä ja arvioivalla työskentelyllä. Tutkimuksen tekemiseen pitää asennoitua samaan aikaan uteliaasti ja epäilevästi kysyen jatkuvasti peruskysymyksiä itseltään, kuten miksi ja miten. Tärkeää on myös pyrkiä vastaamaan asettamiinsa kysymyksiin. Omaa toimintaa, haasteita ja valintoja on arvioitava kriittisesti koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen lähtökohtien, etenemisen ja lopputuloksen arviointia ei saa tieteellisessä tutkimuksessa jättää tekemättä. (KvaliMOTV.)

Virheiden syntymistä pyritään välttämään, mutta silti tutkimustulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta erilaisilla mittaus- ja tutkimustavoilla. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Aineiston tuottamisen kaikki olosuhteet on

kerrottava totuudenmukaisesti ja selvästi. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validiteetti. Sillä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa validius tarkoittaa kuvauksen ja siihen liitettyjen tulkintojen ja selitysten yhteensopivuutta. Validiteettia ja reliabiliteettia voidaan tarkentaa käyttämällä triangulaatiota. (Hirsjärvi ym. 2004: 216-218; Eskola-Suoranta 2000: 213.) Opinnäytetyössämme oli käytössä tutkijatriangulaatio eli siihen osallistui kolme opinnäytetyöntekijää aineistonkerääjinä, tulosten analysoijina ja tulkit-sijoina. Opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa oli otettava huomioon se, että kaksi opin-näytetyöntekijää työskentelee satunnaisesti Eemelissä. Huomioimme, että omat koke-muksemme voisivat sekoittua opinnäytetyön tekemiseen ja kävimme kriittisiä keskuste-luja opinnäytetyöryhmässä. Varsinkin opinnäytetyöntekijä, joka ei työskennellyt Eeme-lissä, huolehti objektiivisuuden säilymisestä kriittisillä kysymyksillään. Tämä sen vuok-si, että vaarana oli tutkijoiden samaistuminen liikaa kohteeseensa sen ollessa tuttu. Toi-saalta samaistuminen kohteeseen voi olla tutkimuksen onnistumisen edellytys. (Eskola - Suoranta 2000: 223.)

Vastausten luotettavuutta arvioitaessa on myös otettava huomioon, että haastattelutilan-teessa haastateltava on voinut antaa vastauksia, joita on uskonut tutkijan toivovan tai jotka ovat hänen mielestään moraalisesti ja sosiaalisesti oikeita. Haastatteluaineistoa tulkittaessa on huomioitava, että ne ovat konteksti- ja tilannesidonnaisia. Haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin he tekisivät jossakin toisessa tilantees-sa. (Hirsjärvi ym. 2004: 195-196.)

Tutkimusta arvioitaessa on hyväksyttävä se, että kaikki tutkimus on tutkijan tekemä yh-denlainen versio tutkittavasta aiheesta. Tutkimus ei koskaan tuota täysin objektiivista ja absoluuttista tietoa, vaikka siitä voidaan tehdä joitakin johtopäätöksiä. (KvaliMOTV.)

10 POHDINTA

Tarkoituksemme on ollut opinnäytetyön avulla tuoda esille hoitajien kokemuksia tur-vaistavasta hoitomenetelmästä. Samalla se tuo uudenlaisen lähestymistavan vaikeasti hoidettavien lasten laitoshoitoon. Se lisää myös henkilökohtaista ammatillista osaamis-

tamme ja ymmärrystämme. Tutkimusongelmamme toteutumista tarkastellessamme huomasimme, että olemme saaneet selvitettyä siinä määritellyn asian.

Olemme pitkään lasten ja nuorten kanssa työskennelleinä huomanneet lasten aggressiivisen oirehdivinnan voimistuneen ja kokeneet jo käytössä olevien menetelmien olevan ajoittain riittämättömiä. Olemme valinneet opinnäytetyömme aiheen sen uutuusarvon vuoksi. Olemme pitäneet tärkeänä myös yhteistä mielenkiintoa tutkittavaan aiheeseen. Uskomme, että turvaistavan hoitomenetelmän tuntemus voisi tuoda uuden näkökulman menetelmien kentälle.

Turvaistavan hoidon ideologia tuntuu meistä hyvältä ja toimivalta. Jopa niin hyvältä, että Langinauerin haastattelun jälkeen olimme unohtaa objektiivisuuden. Turvaistavan hoitomenetelmän käytännöt tuntuvat itsestään selviltä ja helposti omaksuttavilta. Toisaalta on vaikea ymmärtää, mikä tässä on uutta ja erilaista verrattuna vanhoihin kasvatukseenkeinoihin. Työn edetessä erot tulivat esille. Opinnäytetyön teon jatkuessa kiinnitimme erityistä huomiota siihen, että muistimme pitää kriittisyyden mielessämme. Tästä yhtenä osoituksena lähetimme tarkentavan lisäkysymyksen haastateltaville kysyäksemme menetelmän huonoista puolista ja kehitettävistä asioista. Epäilimme, olimmeko löytäneet mitään kritisoitavaa menetelmää kohtaan aineistosta, koska se vaikutti niin toimivalta sekä hoitajien että meidän mielestämme. Lisäkysymysten vastaukset toivat varmistuksen, että turvaistavassa menetelmässä negatiivisia asioita ei juuri nähty, mutta jonkin verran kehitettäviä asioita kyllä löytyi. Itse asiassa hoitajat olivat sitä mieltä, että Eemelin toiminta kehittyy koko ajan.

Yhteisten tavoitteiden toteuttaminen vaatii sitoutumista henkilökunnalta. Hoitajien on pitänyt omaksua yhtenevät arvot ja periaatteet turvaistavasta hoitomenetelmästä. Pohdimme kuitenkin, miten tällainen sitoutuminen kestää ajan kuluessa ja työntekijöiden vaihtuessa. Tämän vuoksi olemme sitä mieltä, että perehdyttämiseen kannattaa kiinnittää erityistä huomiota. Jokaisella Eemelin hoitajalla tulisi olla mahdollisuus osallistua koulutuksiin turvaistavasta hoitomenetelmästä. Myös keskustelun ylläpitäminen työyhteisössä menetelmästä ja käytännöistä, arvoista ja asenteista tulisi olla jatkuvaa, jotta turvaistava hoitomenetelmä pysyisi Eemelin hyvänä käytäntönä. Sitoutuminen turvaistavaan hoitomenetelmään edellyttää hoitajilta motivaatiota parantaa ja kehittää sekä omaa että työyhteisön toimintaa.

Haastatteluiden tekeminen oli antoisaa ja mielenkiintoista. Kokemattomuutemme tuli esiin siinä vaiheessa, kun ensimmäinen haastattelu oli tehty. Mieleemme tuli, olimmeko kysyneet oikeita kysymyksiä tai johdatelleet haastateltavia tiedostamattamme ja olivatko haastateltavat vastanneet totuudenmukaisesti. Jokaisen haastattelukerran jälkeen kokemuksemme ja kriittisyytemme haastattelijoina kasvoi, mikä helpotti valmistautumista seuraavaan haastatteluun.

Opiskelun, työn ja perheen yhteensovittaminen oli haastavaa. Olimme kuitenkin valmiita laittamaan itsemme täysillä likoon. Työskentely vaati dialogia ja itsekuria. Myös hyvin tehty opinnäytetyösuunnitelma oli tärkeä osa prosessia. Selkeästi muotoillut välitaivoitteet ja työnjako auttoivat meitä eteenpäin. Haasteellisinta mielestämme työssä oli opinnäytetyön kirjoittaminen. Luetun tiedon kirjoittaminen viimeisteltyyn tekstimuotoon kesti palauttamispäivään saakka.

Opinnäytetyön tärkeäksi työmuodoksi muodostui mielestämme triangulaatio kolmen opiskelijan kesken. Reflektointi, tuki ja varsinaisen tutkimustyön tekeminen yhdessä vaati suunnittelua ja sitoutumista. Kolmen henkilön aikataulujen yhteensovittaminen oli vaativa tehtävä. Kun jaoimme työtehtäviä ryhmämme kesken, ei omaa osuutta voinut jättää tekemättä. Tämä auttoi pysymään aikataulussa. Työryhmän vuorovaikutus oli avointa ja antoisaa. Pystyimme oppimaan toinen toisiltamme. Huolimatta hetkittäisistä mielipide-eroista pystyimme aina muodostamaan yhteisen näkemyksen.

Tulostemme mukaan turvaistava hoitomenetelmä on tietoista toimintaa ja nimenomaan työyhteisön aikuisten yhtenäinen ajatusmalli. Mielenkiintoista olisikin vastapainoksi tälle tutkia, miten lapset turvaistavan hoidon kokevat. Yhtä mielenkiintoista olisi tehdä seurantatutkimus Eemelin lapsista, miten pysyviä hoitomenetelmän hyödyt ovat. Toisaalta kannattaisi tutkia sitä, miten menetelmä kehittyy ajan mittaan Eemelissä.

Mielestämme julkaistu opinnäytetyö lisää tietoa turvaistavasta hoitomenetelmästä. Haluamme herätellä laajempaa keskustelua vaikuttavista menetelmistä vaikeasti hoidettavien lasten kohdalla. Mielestämme toimivia menetelmiä kannattaa ottaa käytäntöön sekä vastaavasti kehittää vielä koulutusta ja perehdytystä turvaistavasta hoitomenetelmästä edelleen.

LÄHTEET

- Almqvist, F. 2004: Yksilökeskeiset hoitomenetelmät. Teoksessa Moilanen, I. - Räsänen, E. - Tamminen, T. - Almqvist, F. - Piha, J. - Kumpulainen, K.: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- AP Kotikolo Oy- esite. Luettu 7.6.2010.
- Aurela, Anneli 1995: Käytöshäiriöisten lasten ja nuorten kiinnipitohoito. ”Pitävä” vastaus erääseen nyky-yhteiskunnan ongelmaan. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Bowlby, John 1957: Lasten hoivan ja hellyyden tarve. Jokinen, Laura (suom.). Maailman terveysjärjestön mietinnöstä Maternal Care and Mental Health lyhentänyt Fry, Margery. Porvoo: WSOY.
- Ehrnrooth, Jari 1990: Intuitio ja analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.
- Eskola, Jari - Suoranta, Juha 2001: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari - Vastamäki, Jaana 2007: Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani - Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: WSOY.
- Glaser, Danya 2001: Lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin vaikutukset aivoihin - kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Sinkkonen, Jari - Kalland, Mirjam (toim.): Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Hautamäki, Airi 2001: Kiintymyssuhdeteoria- teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa Sinkkonen, Jari - Kalland, Mirjam (toim.): Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kyrönseppä, Ulla - Rautiainen, Juha- Matti 1993: Lapsi laitoksessa. Porvoo: WSOY.
- KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen Tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen Tietoarkisto. Verkkodokumentti.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html> Luettu 4.8.2010.

- Langinauer A. ja Hakuni- Järvinen P. 2008: Lastenpsykiatrian turvaistavan perhehoidon seurantatutkimus, Hus - Hyvinkään sairaala.
- Langinauer, Antero 2009: Luentodiat.
- Langinauer, Antero, lastenpsykiatrian ylilääkäri. 2010. Hyvinkään sairaala. Haastattelu 23.3.2010.
- Lastenkoti, nuorisokoti. 2009. Verkkodokumentti. Sosiaaliportti. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/muodot/lastensuojelulaitokset/lastenkoti/>. Luettu 25.6.2010.
- Lastensuojelulaki 2007: 13.4.2007/417, 1 §, 3 §, 4 §, 57 § - 58 §, 68 §, 72 §. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>>. Luettu 24.6.2010.
- Lastensuojelulaki 2009: 22.12.2009/1566 80 §. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>. Luettu 24.10.2010
- Leijala, Ritva. Kasvatusjohtaja. Puolanne, Anssi. Toimitusjohtaja. 2010. Lastenkoti Nummisten Eemeli. Mäntsälä. Tutustumiskäynti ja haastattelu 11.1.2010.
- Perehdytyskansio. Lastenkoti Nummisten Eemeli.
- Prekop, Jirina 1994: Olisitpa pitänyt minusta tiukasti kiinni. Virtanen, Aulikki (suom.). Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Punamäki 2001: Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen yhteys. Teoksessa Sinkkonen, Jari - Kalland, Mirjam (toim.): Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Rauste - von Wright, Maijaliisa - von Wright, Johan - Soini, Tiina 2003: Oppiminen ja koulutus. Helsinki WSOY.
- Saastamoinen, Kati 2010: Lapsen asema sijaishuollossa - Käsikirja arjen toimintaan. Helsinki: Edita.
- Sinkkonen, Jari 2001: Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa Sinkkonen, Jari - Kalland, Mirjam (toim.): Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Sinkkonen, Jari 2004: Kiintymyssuhdeteoria- tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Duodecim 120: 1866-73.
- Sosiaaliportti 2008: Verkkodokumentti. Päivitetty 31.12.2008.
<<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/rajoitustoimenpiteet/erityinenhuolenpito/>>. Luettu 25.6.2010.

- Stakes 2009: CAMHEE- Lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa- vaikuttavien käytäntöjen kehittäminen. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.2.2009
<<http://groups.stakes.fi/MTR/FI/projektit/camhee.htm>>. Luettu 5.7.2010.
- Stakes 2009: Lastensuojelu 2008. Verkkodokumentti. Päivitetty 10.12.2009.
<<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>>. Luettu 5.7.2010.
- Tamminen, Tuula 2004: Vuorovaikutusteoriat. Teoksessa Moilanen, I. - Räsänen, E. - Tamminen, T. - Almqvist, F. - Piha, J. - Kumpulainen, K.(toim.): Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Taskinen, Sirpa 2007: Lastensuojelulaki. Soveltamisopas. Helsinki: Stakes.
- Työvoima- ja elinkeinokeskus. 2007. Yrityksen perustamisopas. Käytännön perustamistoimet. 17. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Uusitalo, Hannu 1999: Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.
- Welch, Martha G. 1995: Syliaika. Oja, Sirkku (suom). Jyväskylä: Gummerus.

Antero Langinauerin haastattelu 23.3.2010

1. Turvaistavan hoitomallin historia, turvaistavan hoitomallin kehityskaari ja – vaiheet?
 - mikä on teoriapohjasi?
 - onko integritaatio teoria vai malli?
 - löytyykö integritaatioteoriasta kirjallisuutta?
2. Mitä on turvaistava hoitomalli nyt?
 - millaista koulutusta siihen annetaan esim. henkilökunnalle, asiakkaille?
3. Mitä seuraavaksi? Mihin suuntaan turvaistavaa hoitomallia viedään?
 - onko tarkoitus levittää ideaa? miten?
 - onko integritaatioteoriassa mielestäsi vielä kehitettävää?

HAASTATTELUSUOSTUMUS

Suostun haastateltavaksi Jari Kortsalon, Eija Laurilan ja Heli Kallion opinnäytetyötä varten.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Haastateltavan nimi tulee näkymään opinnäytetyössä Turvaistavan hoito- hoitohenkilökunnan näkemyksiä turvaistavasta hoidosta Lastenkoti Nummisten Eemelissä. Opinnäytetyössä tullaan käyttämään haastateltavan asiantuntijätietoa ja ajatuksia turvaistavasta hoitomallista

Hyvä Lastenkoti Nummisten Eemelin työntekijä!

Olemme kolme sosionomi (AMK) opiskelijaa Helsingin Metropolia ammattikorkeakoulusta. Teemme Lastenkoti Nummisten Eemeliin opinnäytetyötä ”Turvaistava hoito Lastenkoti Nummisten Eemelissä.” Työmme tarkoituksena on selvittää minkälaisia käsityksiä ja työtapoja teillä hoitajilla liittyy turvaistavaan hoitomalliin Lastenkoti Nummisten Eemelissä.

Tulemme tekemään teille hoitajille parihaastattelun. Haastattelihoitoja on paikalla kaksi. Haastattelu on teemahaastattelu ja sen kesto on n. 1,5 tuntia. Haastatteluihin kysytään lupa ja haastattelut nauhoitetaan. Haastateltavien anonymiteetti turvataan nimettömällä haastattelulla eikä opinnäytetyössä näy haastateltavien nimiä. Vastaaminen on täysin luottamuksellista ja vapaaehtoista. Haastateltava voi halutessaan keskeyttää haastattelun syytä perustelematta. Haastateltava voi myös kieltää haastattelunsa käyttämisen opinnäytetyössä. Haastattelumateriaalia tullaan käyttämään opinnäytetyössä esimerkiksi suorina lainauksina. Valmis opinnäytetyö on kaikkien luettavissa ja sen kappaleita säilytetään Lastenkoti Nummisten Eemelissä, Metropolia ammattikorkeakoulussa sekä opinnäytetyön tekijöillä.

Haastattelu- ja siihen liittyvä muu mahdollinen materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, ellei työyhteisö yksimielisesti siitä muuta päättä.

Haastattelut tullaan toteuttamaan viikoilla 17-19. Tarkemmat päivämäärät ja kellonajat saatte Ritvalta.

Toivomme sinulta aktiivista ja avointa mieltä haastatteluun!

Keväisin terveisin Eija, Heli ja Jari

Annamme mielellämme lisätietoa opinnäytetyöstä. Kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä:

Jari Kortsalo

Heli Kallio

Eija Laurila

HAASTATTELUSUOSTUMUS

Haastateltavan nimi ei tule näkymään opinnäytetyössä. Haastattelu- ja siihen liittyvä muu mahdollinen materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, ellei työyhteisö yksimielisesti siitä muuta päättä.

Haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu halutessaan. Haastateltavalla on oikeus kieltää haastattelunsa käyttäminen missä opinnäytetyön vaiheessa tahansa.

Suostun haastateltavaksi Jari Kortsalon, Eija Laurilan ja Heli Kallion opinnäytetyötä varten.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys

TEEMAHAASTATTELURUNKO LASTENKOTI NUMMISTEN EEMELIN HOITAJILLE

- Turvaistava hoito
 - mitä se on Lastenkoti Nummisten Eemelissä?
 - mitä muuta turvaistava hoito on kuin sylimurvaistamista?
 - miten sylimurvaistaminen eroaa kiinnipidosta?

- Hyvät hoitomenetelmät
 - mitkä turvaistavan hoidon menetelmät ovat olleet hyviä?
 - jokin oikein onnistunut tilanne tai kokemus?
 - onko ristiriitaa turvaistavan hoitomenetelmän ja kasvatuskäytäntöjen kanssa?
 - koetko lastenkodin lasten hyötyvän turvaistavasta hoitomenetelmästä?
 - ovatko lastenkodin tilat ja muut resurssit riittävät turvaistavan hoidon kannalta?

- Koulutus ja ohjaus turvaistavaan työmenetelmään
 - miten hyvin koet sisäistäneesi turvaistavan hoitomenetelmän?
 - koetko, että hoitajien tekemällä työllä on johdon tuki?
 - Langinauer puhuu siitä, että aikuisenkin pitää olla turvassa, että voi turvaistaa lasta. Mitä ajattelet siitä?

Mitä muuta haluat kertoa turvaistavasta menetelmästä?

Hyvä Nummisten Eemelin hoitaja.

3.10.2010

Kiitämme sinua opinnäytetyöhön osallistumisesta. Vaikka vastaukset olivat kattavia ja kuvasivat tutkimusongelmaa hyvin, tarvitaan tehtyjen haastatteluiden lisäksi selventävä kysymys. Vastaamalla kirjallisesti alla olevaan kysymykseen saamme täydennettyä opinnäytetyötämme. Voit vastata nimettömänä. Vastausten käsittely noudattaa hyviä eettisiä periaatteita ja vastaajan henkilöllisyys ei tule ilmi opinnäytetyössä. Voit tarvittaessa jatkaa paperin kääntöpuolelle.

Kiitos etukäteen vastauksestasi!

T: Heli, Eija ja Jari

**Oletko huomannut huonoja puolia ja/ tai kehitettävää turvaistavassa hoitomene-
telmässä Lastenkoti Nummisten Eemelissä?**